TEORIA
PROMOCIÓN DE LA SALUD

LIZA CRAGG
MAGGIE DAVIES
WENDY MACDOWALL

First published 2013

Copyright © Liza Cragg, Maggie Davies and Wendy Macdowall, 2013

All rights reserved. Except for the quotation of short passages for the purpose of criticism and review, no part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior written permission of the publisher or a licence from the Copyright Licensing Agency Limited. Details of such licences (for reprographic reproduction) may be obtained from the Copyright Licensing Agency Ltd of Saffron House, 6–10 Kirby Street, London EC1N 8TS.

A catalogue record of this book is available from the British Library

ISBN-1 3: 978- 0-3 3- 526320-2 (pb)
ISBN-1 0: 0- 33-5 26320- 8 (pb)
eISBN: 978-0 - 33-5 26321- 9

Traducción por Foxilla.

Versión original (Ingles):

https://drive.google.com/file/d/18pND3BQmDfbat7LlqAgfGjG0GvpmZQy2/view?usp=sharing

Este y otros libros de Promoción de la Salud:

https://drive.google.com/drive/folders/1JfvYWbyxhzcRbwujwiB4sYLGdiLgXurD?usp=drive_link

Contenido

Lista de autores: 5

Agradecimientos 6

Introducción 7

¿Por qué estudiar la teoría de la promoción de la salud? 8

Estructura del libro 9

SECCIÓN 1: Historia y conceptos de la promoción de la salud 12

1. La historia de la promoción de la salud Alex Mold y Virginia Berridge 13

2. La construcción social de la salud y la promoción de la salud - Sara Cooper y Nicki Thorogood 47

3. ¿Qué impulsa la promoción de la salud? - Wendy Macdowall, Ford Hickson y Mark Petticrew 81

4. Consideraciones políticas y éticas - Nick Fahy 110

SECCIÓN 2: Utilizar la teoría para informar la práctica de promoción de la salud 138

5. Utilizar la teoría para guiar el cambio a nivel individual - Don Nutbeam 139

6. Utilizando la teoría para guiar el cambio a nivel comunitario - Morten Skovdal 167

7. Los determinantes de la salud - Antony Morgan y Liza Cragg 206

8. Teorizando las desigualdades en salud - Adam Fletcher 240

9. La hipótesis de la Rosa: ventajas de la población completa sobre enfoques dirigidos - Adam Fletcher, Liza Cragg y Anis Kazi.....273

10. Comunicación en salud - Franklin Apfel.....299

Glosario.....336

Lista de autores:

- Franklin Apfel es el Director Gerente de World Health Communication Associates.

- Virginia Berridge es Profesora de Historia y Directora del Centro de Historia en Salud Pública en la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

- Sara Cooper es candidata a doctorado en la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

- Liza Cragg es una consultora independiente especializada en salud internacional.

- Maggie Davies es Directora Ejecutiva de Health Action Partnership International.

- Nick Fahy es Director de Nick Fahy Consulting Ltd.

- Adam Fletcher es profesor titular de Ciencias Sociales y Salud en el Centro para el Desarrollo y la Evaluación de Intervenciones Complejas para la Mejora de la Salud Pública, en la Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad de Cardiff.

- Ford Hickson es profesor en la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

- Anis Kazi es investigador en salud pública.

- Wendy Macdowall es profesora de Promoción de la Salud en la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

- Alex Mold es profesor en el Centro de Historia en Salud Pública en la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

- Antony Morgan es Profesor Visitante en la Universidad de Glasgow Caledonian.

- Don Nutbeam es Profesor de Salud Pública y Vicecanciller de la Universidad de Southampton.

- Mark Petticrew es Profesor de Evaluación de Salud Pública en la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

- Morten Skovdal es investigador en el Departamento de Promoción y Desarrollo de la Salud de la Universidad de Bergen.

- Nicki Thorogood es profesora titular de Sociología en la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Agradecimientos

Este libro se basa en los módulos de aprendizaje a distancia y en el aula sobre Teoría de la Promoción de la Salud en la London School of Hygiene & Tropical Medicine, los cuales han evolucionado a lo largo de muchos años bajo la influencia de Melvyn Hillsdon, Dalya Marks, Christopher Bonell y muchos otros. Los editores están agradecidos por la contribución de Rosalind Plowman, Nicki Thorogood, Adam Fletcher y Andrew Rodgers. También nos gustaría agradecer a los estudiantes y al personal docente que brindaron comentarios útiles sobre la primera edición de este libro, los cuales se utilizaron para informar el desarrollo de esta segunda edición.

Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a los siguientes titulares de derechos de autor por otorgar permiso para reproducir material en este libro.

Introducción

Desde principios del siglo XIX, la salud de la población ha mejorado drásticamente en muchas partes del mundo, aunque en algunos países la tasa de cambio ha sido más significativa que en otros. Estas mejoras en la salud son consecuencia de tres desarrollos principales:

1. Mejores niveles de atención médica.

2. Implementación de políticas públicas y legislación diseñada para mejorar las condiciones sociales y ambientales.

3. Formulación de estrategias de promoción de la salud, incluyendo servicios de prevención (por ejemplo, servicios para aumentar la conciencia sobre los riesgos para la salud del tabaquismo).

Este libro se centra en la base teórica del tercer contribuyente principal: la promoción de la salud. Al enfocarse en la teoría, este libro es relevante para países de ingresos bajos, medios y altos. Sin embargo, dado que gran parte de la literatura ha sido producida en países de ingresos altos, inevitablemente existe un énfasis aparente en esas regiones del mundo. Es importante reconocer que la mayoría de las ideas y conceptos, aunque se originen en países de ingresos altos, son igualmente relevantes al considerar iniciativas de promoción de la salud en países de ingresos bajos y medianos. Aunque las acciones diferirán según las necesidades identificadas y las especificidades culturales de cada país, este libro proporciona la teoría subyacente sobre la cual se pueden construir una variedad de intervenciones.

¿Por qué estudiar la teoría de la promoción de la salud?

La promoción de la salud se ha definido como el proceso de capacitar a las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla (OMS, 1986). Dado el énfasis que esto implica en la acción, puede que no sea obvio de inmediato por qué los profesionales de la salud pública y los estudiantes de salud pública deben dedicar tiempo a aprender sobre la teoría de la promoción de la salud. Sin embargo, como deja claro este libro, la promoción de la salud está lejos de ser algo sencillo. A menos que los profesionales de la salud pública comprendan la teoría que sustenta la promoción de la salud y la utilicen para informar su práctica, existe un riesgo real, en el mejor de los casos, de establecer intervenciones ineficaces y, en el peor de los casos, de antagonizar e incluso perjudicar a las mismas personas a las que se busca ayudar.

Este libro te guiará a través de los orígenes y el desarrollo de la promoción de la salud, permitiéndote explorar cómo este desarrollo ha sido influenciado por debates filosóficos, éticos y políticos. Explicará una variedad de teorías, marcos metodológicos y metodologías que se han desarrollado para ayudar a comprender los problemas de salud pública y desarrollar respuestas efectivas de promoción de la salud ante ellos. A lo largo del libro, el enfoque se mantiene firmemente en ayudarte a aplicar las ideas y conceptos descritos a la implementación práctica de actividades de promoción de la salud en tu propio contexto.

Estructura del libro

Este libro está estructurado en dos secciones. La Sección 1, compuesta por cuatro capítulos, explora la historia de la promoción de la salud y los conceptos teóricos que la sustentan. La Sección 2, que consta de seis capítulos, examina cómo utilizar la teoría en la práctica de la promoción de la salud.

Cada capítulo sigue el mismo formato. Se presenta un breve resumen que describe el contenido, seguido de objetivos de aprendizaje y los términos clave que encontrarás. Hay varias actividades en cada capítulo, diseñadas para provocar o desafiar ciertos conceptos, o para evaluar el conocimiento y la comprensión. Cada actividad va seguida de una retroalimentación que te permite verificar tu propio entendimiento. Si algo no está claro, se te anima a volver atrás y releer el material.

Sección 1: Historia y conceptos de la promoción de la salud

El Capítulo 1 explora la historia de la promoción de la salud en el contexto del desarrollo de la salud pública desde el siglo XIX hasta la actualidad. Explica que el concepto específico de "promoción de la salud" comenzó a utilizarse en la década de 1980, pero para comprender su significado e importancia, es necesario ver la promoción de la salud en el contexto de la historia más amplia de la salud pública.

El Capítulo 2 introduce el construccionismo social como un marco conceptual particular y explica cómo se puede utilizar para hacer explícitos los conceptos y supuestos que sustentan la "promoción de la salud". Esto nos permite examinar críticamente todo el esfuerzo de promoción de la salud y

considerar qué papel desempeña y qué consecuencias podría tener en la sociedad en general.

El Capítulo 3 analiza qué impulsa la promoción de la salud. En particular, explora cómo se genera y utiliza la evidencia en la promoción de la salud.

El Capítulo 4 explora cuestiones políticas y éticas planteadas por la promoción de la salud, incluyendo la relación entre los individuos y la sociedad, quién tiene el derecho de decidir y la base en la que se justifica la promoción de la salud. Luego se discuten diferentes enfoques teóricos para resolver estas cuestiones.

Sección 2: Utilizando la teoría para informar la práctica de la promoción de la salud

El Capítulo 5 proporciona una visión general del uso de la teoría para orientar la promoción de la salud y demuestra cómo las teorías pueden mejorar enormemente la efectividad y sostenibilidad de los programas de promoción de la salud. También explora cómo la teoría puede dirigirse hacia el logro de cambios a nivel individual.

El Capítulo 6 explora la importancia de la comunidad en la traducción de los mensajes de promoción de la salud en acciones. Describe cómo la teoría puede ayudarnos a comprender las mejores formas de involucrar a las comunidades locales para proporcionar entornos sociales que promuevan la salud y permitan el papel de la comunidad en la promoción de la salud.

El Capítulo 7 analiza la variedad de factores que tienen un impacto en la capacidad de los individuos, las comunidades y

las sociedades para desarrollar y mantener una buena salud y bienestar. Explora modelos conceptuales para comprender estos determinantes de la salud y explica cómo se utilizan dichos modelos en la práctica.

El Capítulo 8 destaca la naturaleza y el alcance de las desigualdades en salud. Introduce una serie de perspectivas teóricas que se han propuesto para explicar estas desigualdades y analiza cómo pueden informar los enfoques y métodos de la promoción de la salud.

El Capítulo 9 ofrece una visión general de la hipótesis de Rose, una teoría desarrollada para hacer que la promoción de la salud sea más efectiva al abordar la distribución de riesgos en la población. Luego explora los beneficios y limitaciones de los enfoques dirigidos a toda la población y a grupos específicos.

Finalmente, el Capítulo 10 discute la importancia de la comunicación en salud y describe cómo ha pasado de estar en los márgenes al centro de la práctica de la promoción de la salud. Explora los factores teóricos y contextuales que han impulsado este cambio e introduce una selección de prácticas, enfoques y oportunidades actuales en comunicación en salud.

Referencia

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ [consultado el 18 de octubre de 2012].

SECCIÓN 1: Historia y conceptos de la promoción de la salud

1. La historia de la promoción de la salud Alex Mold y Virginia Berridge

Resumen

En este capítulo, explorarás la historia de la promoción de la salud en el contexto del desarrollo de la salud pública desde el siglo XIX hasta la actualidad. Aprenderás que el concepto específico de "promoción de la salud" comenzó a utilizarse en la década de 1980, pero para comprender su significado e importancia, es necesario ver la promoción de la salud en el contexto más amplio de la historia de la salud pública y los cambios en su definición a lo largo del tiempo. Se identifican tres fases cruciales. La primera fase tuvo lugar durante el siglo XIX, un período en el que promover la buena salud era parte del desarrollo más amplio de medidas de salud pública en Occidente, como la mejora del saneamiento. La segunda fase ocurrió a principios y mediados del siglo XX, momento en el que el enfoque de la salud pública se alejó del entorno como causa de enfermedades y comenzó a centrarse en las familias y los individuos. La tercera fase abarca finales del siglo XX y más allá. Este es el período de la "nueva salud pública", caracterizado por su enfoque en la prevención, el riesgo y el entorno, y de la promoción de la salud como un movimiento nacional e internacional. Por último, evaluarás algunas de las críticas dirigidas a la promoción de la salud, y verás que estas pueden estar relacionadas tanto con el pasado como con el presente.

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, podrás:

• describir las raíces históricas del concepto actual de promoción de la salud

• situar las definiciones cambiantes de salud pública y promoción de la salud en un contexto social, económico y político

• evaluar críticas políticas y científicas a la promoción de la salud

Términos clave

Eugenesia: La ciencia de la herencia humana, basada en la teoría evolutiva. En el siglo XX temprano, la eugenesia se preocupaba por la mejora racial y la prevención de la degeneración.

Promoción de la salud: El proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla (OMS, 1986).

Nueva salud pública: Forma de salud pública que se desarrolló a partir de la década de 1970. Hacía hincapié en el riesgo, la prevención y el comportamiento individual como causas de enfermedad.

Atención primaria de salud: Servicios y atención de salud prestados a nivel local, a menudo a través de trabajadores de salud comunitarios, que ha sido especialmente importante en el sur global a partir de la década de 1970.

Medicina social: Forma de salud pública desarrollada en los años de entreguerra. Se preocupaba por el efecto de las condiciones sociales en la salud y la mortalidad.

Introducción

"Promoción de la salud" es un término relativamente nuevo, pero es un concepto antiguo. La frase "promoción de la salud" se utilizó por primera vez a nivel nacional e internacional durante la década de 1980 (Berridge, 2010), pero promover la buena salud como idea ha existido desde que ha habido intentos de mejorar la salud pública. Uno de los primeros textos de salud pública, "Sobre aires, aguas y lugares" de Hipócrates (escrito alrededor del 400 a.C.), estaba destinado como una guía para los colonos que se dirigían a nuevos entornos para ayudarlos a prevenir enfermedades (Porter, 1999: 15-16). Para entender la promoción de la salud y su lugar dentro de la salud pública contemporánea, es necesario saber de dónde proviene y cómo se ha desarrollado. La promoción de la salud y la salud pública no son conceptos estáticos, y después de leer este capítulo podrás explicar cómo y por qué han cambiado con el tiempo. Al aprender sobre la historia de la salud pública y la promoción de la salud, estarás mejor preparado para enfrentar los problemas que enfrenta la promoción de la salud en la actualidad y también podrás vislumbrar hacia dónde podría dirigirse en el futuro.

Actividad 1.1

Esta actividad te anima a reflexionar sobre cómo han cambiado los significados tanto de la salud pública como de la promoción de la salud a lo largo del tiempo. Tu tarea es leer las tres citas a continuación y decidir cuándo crees que se hicieron estas afirmaciones. Cada extracto se toma de un documento clave de la historia de la promoción de la salud desde el siglo XIX. Uno es de 1843, otro es de 1943 y el último es de 1976. ¿Cuál es

cuál? ¿Cuáles son tus razones para datar los extractos de esta manera?

Extracto 1: "necesitamos interesar a individuos, comunidades y a la sociedad en su conjunto en la idea de que la prevención es mejor que la cura".

Extracto 2: "Las medidas primarias y más importantes, y al mismo tiempo las más practicables... son el drenaje, la eliminación de los desechos de las viviendas, calles y caminos, y la mejora de los suministros de agua".

Extracto 3: "No existe una división clara entre la medicina individual y la medicina social. La educación para la salud y el examen periódico de la salud algún día complementarán las actividades curativas del médico general".

Retroalimentación

El Extracto 1 es de 1976, el Extracto 2 es de 1843 y el Extracto 3 es de 1943.

Puede haber decidido que el primer extracto era el más reciente debido a su énfasis en la idea de que la prevención es mejor que la cura. De hecho, este extracto se toma del informe del Departamento de Salud del Reino Unido (1976), "Prevención y Salud: Responsabilidad de Todos", que fue indicativo del mayor énfasis que se estaba poniendo en las medidas preventivas como parte de la nueva salud pública, la tercera fase en la evolución de la promoción de la salud discutida en este capítulo.

Puede haber pensado que el segundo extracto era de 1843 debido a su enfoque en los factores ambientales. El extracto, que proviene del informe de Edwin Chadwick (1843) sobre la Condición Sanitaria de la Población Laboral de Gran Bretaña,

es típico de la salud pública del siglo XIX que se centraba en la sanidad y el medio ambiente como causa y solución de los problemas de salud pública. Sin embargo, como verá, el medio ambiente reapareció (aunque de manera diferente) en formulaciones recientes de la promoción de la salud.

Por eliminación, el tercer extracto debe ser de 1943 (Ryle, 1943), pero la pista para la fecha aquí es el uso del término "medicina social", un concepto que fue integral a la salud pública a mediados del siglo XX. La aparición de la medicina social fue un aspecto de la segunda fase en el desarrollo de la salud pública discutida en este capítulo. Cada extracto representa así una de las tres fases que vas a explorar con más detalle.

Fase 1: El siglo XIX - Medio ambiente y saneamiento

A lo largo del siglo XIX, las poblaciones de Gran Bretaña y otras naciones occidentales crecieron rápidamente. La población de Europa pasó de 123 millones en 1800 a 230 millones en 1890 (de Vries, 1984: 36). Además, este crecimiento de la población estuvo acompañado de industrialización y urbanización. El número de personas que vivían en pueblos y ciudades se expandió a medida que abandonaban el campo para encontrar trabajo en las nuevas fábricas. Este proceso fue más pronunciado en Gran Bretaña, el corazón de la Revolución Industrial. Pequeñas ciudades como Birmingham en West Midlands se convirtieron en grandes ciudades: la población de Birmingham aumentó más de siete veces entre 1800 y 1900, de 74,000 a más de 522,000. Las principales ciudades como Londres crecieron aún más: en 1831 la población de Londres era de alrededor de 1.6 millones, pero para 1871 se había duplicado a 3.2 millones (Censo del Reino Unido).

Las condiciones de vida y trabajo en estas ciudades en rápido crecimiento eran extremadamente pobres, ya que las instalaciones clave, como la vivienda y el saneamiento, no pudieron mantenerse al ritmo del crecimiento de la población. Por ejemplo, en 1840 el río Aire en Leeds fue descrito como "un reservorio de veneno cuidadosamente guardado con el propósito de criar una pestilencia en la ciudad" y estaba compuesto por "desperdicios de inodoros, pozos negros, letrinas, desagües comunes, desechos de hospitales, desechos de mataderos, productos químicos de jabón, gas, tintorerías y fabricantes, coloreados por tintes azules y negros, estiércol de cerdo, lavado de orina antiguo, había animales muertos, sustancias vegetales y ocasionalmente un cuerpo humano descompuesto" (citado en Wohl, 1983: 235). En estas condiciones, las enfermedades infecciosas prosperaban. A lo largo del siglo XIX, hubo una serie de epidemias de enfermedades como el cólera y la fiebre tifoidea; alrededor de 53,000 personas murieron solo en el brote de cólera de 1848 en Inglaterra y Gales (Snow, 2002).

El medio ambiente, quizás no sorprendentemente, fue visto como una causa de enfermedad. Sin embargo, en la primera parte del siglo XIX se creía ampliamente que las enfermedades eran causadas por malos olores y gases nocivos, lo que se llamaba "miasma". Tales creencias fueron finalmente socavadas por las investigaciones de hombres como John Snow, quien en 1854 dedujo que el cólera era una enfermedad transmitida por el agua. Aunque tomó tiempo para que los hallazgos de Snow fueran aceptados, en la segunda mitad del siglo XIX la reforma sanitaria estaba en marcha (Hamlin, 1998). Medidas como la eliminación de aguas residuales y otros desechos y la provisión de agua limpia fueron financiadas por

los habitantes más acomodados de la ciudad y por los gobiernos municipales (Melosi, 2000).

¿Control social?

Sin embargo, estas acciones no se basaban únicamente en el altruismo. Aunque las clases medias y altas que vivían en áreas urbanas también podían estar expuestas a enfermedades infecciosas, se vieron impulsadas a tomar medidas para mejorar la salud pública por razones socio-políticas. Las enfermedades epidémicas representaban una amenaza para la salud de la nación, pero también para su bienestar político, social y económico. Las personas enfermas tenían menos capacidad para trabajar y generar riqueza, o para desempeñar deberes militares y proteger a la nación y su imperio. Por lo tanto, los líderes políticos comenzaron a desarrollar una serie de políticas de salud pública destinadas a garantizar la salud de la población trabajadora. Se implementaron medidas como la vacunación obligatoria contra la viruela, a pesar de la considerable oposición popular y científica (Hennock, 1998; Durbach, 2005). También se hizo obligatoria la notificación de casos de enfermedades infecciosas, al igual que el tratamiento para algunas condiciones, especialmente las enfermedades venéreas (lo que ahora llamamos infecciones de transmisión sexual) entre las mujeres sospechosas de ser prostitutas, pero no entre sus clientes masculinos. Esta doble moral y el hecho de que las medidas de salud pública a menudo se dirigieran a secciones específicas de la sociedad han llevado a algunos historiadores a ver la salud pública en este período como una forma de control social (Donajgrodzki, 1977). Otros historiadores, como Christopher Hamlin, han argumentado que la salud pública del siglo XIX se centró en soluciones técnicas

en lugar de abordar los factores causales subyacentes de los problemas de salud pública, como la pobreza (Hamlin, 1998).

Actividad 1.2

En esta actividad, considerarás enfoques históricos de la salud pública a través de un estudio de caso sobre saneamiento y salud pública en el siglo XIX. Lee los extractos a continuación y luego responde a las preguntas que siguen.

"Considera el tipo de salud pública que surgió en Gran Bretaña, centrada en el agua y los desechos. Es difícil reconocer la necesidad de explicar esto, ya que sigue siendo una parte central e indiscutible de la salud pública. Las tecnologías de agua y alcantarillado que desarrollaron los higienistas se convirtieron rápidamente en uno de los complejos tecnológicos más difundidos en la historia humana... El hecho de que ya no veamos este logro como revolucionario solo muestra cuán bien los revolucionarios lo han 'empaquetado en una caja negra'. Un mundo en el que se hubiera rechazado el saneamiento moderno es impensable: el retrete desbordante trasciende la ideología y solo requiere un ingeniero mínimamente competente." (p. 7)

"Los primeros victorianos inventaron una salud pública entre muchas. Su movimiento sanitario no fue una campaña sistemática para eliminar la mortalidad excesiva. Su preocupación se centraba en algunos aspectos [cursivas originales] de la salud de algunas [cursivas originales] personas: hombres de clase trabajadora en edad laboral. Las mujeres, los lactantes, los niños y los ancianos fueron en gran medida ignorados." (p. 12)

"Chadwick y compañía rechazaron el trabajo, los salarios y la comida para centrarse en el agua y la suciedad, posiblemente la 'solución técnica' más grande de la historia." (p. 13)

(Los extractos tomados de Christopher Hamlin (1998) Salud Pública y Justicia Social en la Era de Chadwick, Gran Bretaña 1800-1854. Cambridge, Cambridge University Press).

¿Cuál es el argumento que Hamlin presenta sobre el saneamiento en la Gran Bretaña del siglo XIX?

Según Hamlin, ¿cómo habría sido una visión alternativa de la salud pública en ese momento?

Retroalimentación

Hamlin argumenta que el saneamiento fue fundamental para las ideas sobre salud pública en la Gran Bretaña del siglo XIX. Afirma que las tecnologías desarrolladas, como la eliminación de aguas residuales y el suministro de agua limpia, fueron una de las innovaciones más exitosas de todos los tiempos. De hecho, fueron tan exitosas que ya no podemos ver lo revolucionarias que fueron, ni reconocer la necesidad de explicar cómo y por qué se implementaron estas medidas.

Hamlin sugiere que la obsesión victoriana por el saneamiento significó que otros factores cruciales para la salud pública fueron ignorados. Una visión alternativa de la salud pública en este período se habría centrado en reducir la mortalidad en toda la población, no solo entre los hombres en edad laboral. Según Hamlin, esto podría haberse logrado enfocándose en mejoras como salarios más altos y una mejor nutrición. En otras palabras, las condiciones sociales eran tan importantes como el entorno como causa de enfermedades. Volveremos a este argumento más adelante cuando consideremos algunos de los

desafíos enfrentados por la promoción de la salud en el período contemporáneo.

La revolución bacteriológica

Hacia finales del siglo XIX, las concepciones ambientales de la salud pública se orientaron en una dirección nueva y más específica. Durante la década de 1880, el trabajo de Louis Pasteur en Francia y Robert Koch en Alemania demostró que los microorganismos (bacterias) eran la causa de muchas formas de enfermedades infecciosas. Sus descubrimientos resultaron en un crecimiento significativo de la medicina de laboratorio y científica, y eventualmente llevaron al desarrollo de tratamientos farmacológicos efectivos, en forma de antibióticos, aunque esto no ocurrió hasta la década de 1940. Algunos historiadores disputan en qué medida esto constituyó una "revolución bacteriológica", pero estos avances sí condujeron a un "concepto más estrecho de suciedad" y a una comprensión más específica de los materiales que causan enfermedades (Worboys, 2000). Se ha sugerido que la revolución bacteriológica resultó en un mayor enfoque en el individuo y la enfermedad en lugar de la limpieza del entorno. Sin embargo, otros historiadores han argumentado en contra de esto, afirmando que en realidad se trató de una nueva forma de ambientalismo que enfatizaba el lugar del individuo en el entorno (Porter, 1999). De hecho, a principios del siglo XX, la atención se estaba desplazando hacia un enfoque en un tipo diferente de higiene, no en el sentido de desagües y residuos, sino en lo que se llamaba "higiene social".

Fase 2: 1900-1970 - Higiene social

La higiene social se preocupaba por las influencias sociales en la salud individual y pública, y tenía como objetivo fomentar un enfoque en la medicina preventiva. Sin embargo, subyacente a este enfoque social, existía una fuerte dependencia del determinismo biológico. Los defensores de la higiene social creían que la salud y el comportamiento de los individuos eran determinados por rasgos y características heredados. Los higienistas sociales pensaban que condiciones como el alcoholismo y muchas otras enfermedades físicas y mentales se transmitían de generación en generación. En este período, el concepto de salud estaba fuertemente ligado a ideas sobre la eficiencia nacional. Había poco indicio de lo que ahora consideraríamos como una noción de salud positiva, es decir, la salud como algo más que la ausencia de enfermedad. Los temores sobre la eficiencia nacional se concentraban en el concepto de "degeneración": la creencia de que una mala crianza debilitaba la "raza". La Guerra de los Bóers (1899-1902) puso estos problemas en foco en Gran Bretaña, ya que se descubrió que un gran número de reclutas del ejército no estaban en condiciones de combatir, y el supuestamente poderoso Ejército Británico tuvo problemas para derrotar a unos pocos granjeros bóers (Jones, 1986).

Para superar tales debilidades, se adoptaron enfoques eugenésicos. La eugenesia era la ciencia de mejorar la salud de la población a través de la reproducción controlada (Bashford y Levine, 2010). Las ideas eugenésicas llevaron al desarrollo de políticas que ahora consideraríamos reprobables, como la esterilización forzada de aquellos considerados "inaptos" para tener hijos, incluidos alcohólicos e individuos con dificultades de aprendizaje y problemas de salud mental. Al mismo tiempo,

también se enfatizaba mucho en mejorar los servicios maternos y reducir la mortalidad y morbilidad infantil. Se hicieron intentos para fomentar la lactancia materna, producir comidas mejores y alcanzar estándares más altos de higiene en el hogar (Apple, 1987). Con frecuencia se culpaba a la ignorancia materna y a la mala higiene personal de las muertes infantiles, sin embargo, la mortalidad infantil más alta a menudo se concentraba en las áreas más pobres (Dyhouse, 1978).

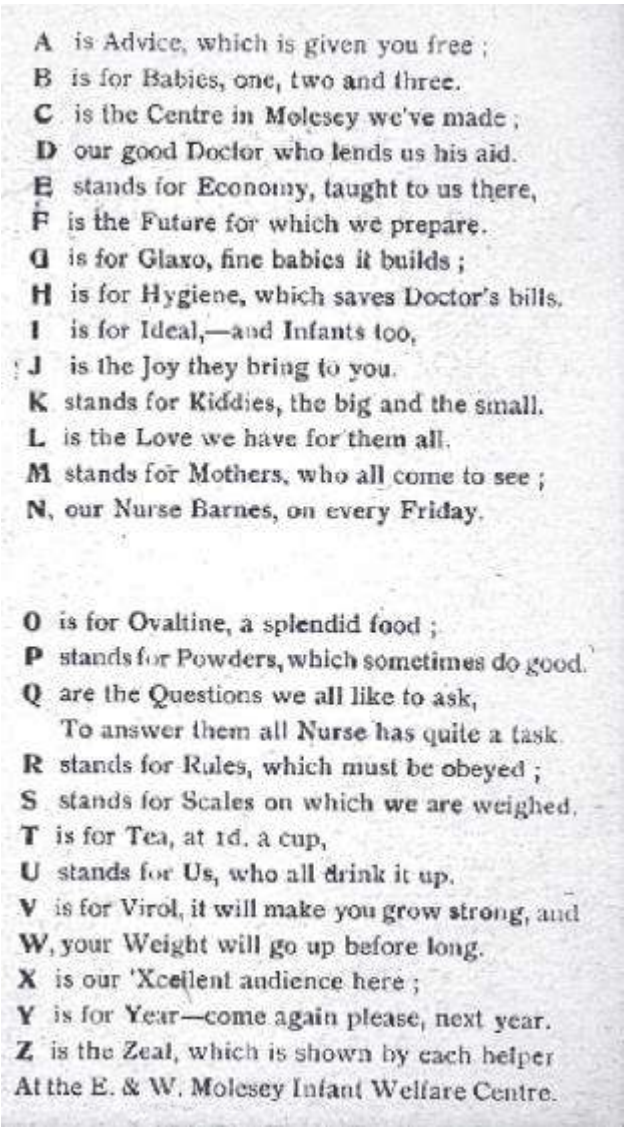
El enfoque en la maternidad y la salud infantil resultó en desarrollos como la introducción de visitadoras de salud, mujeres que ingresaban a los hogares y asesoraban a las madres en temas como la alimentación, la higiene y la crianza adecuada. Las visitadoras de salud podrían ser vistas como una intromisión en la vida de la clase trabajadora, otra forma de control social mediante la cual la élite buscaba regular el comportamiento de aquellos en una posición social más baja. Sin embargo, algunos historiadores han demostrado que durante el período de entreguerras, las visitadoras de salud se volvieron más aceptadas y ofrecían apoyo y consejos a las mujeres necesitadas (Davies, 1988).

Actividad 1.3

Esta actividad examina enfoques de principios del siglo XX para mejorar la salud materna e infantil. Examina la imagen en la Figura 1.1, que es una reproducción de un folleto producido por el Centro de Bienestar Infantil de East and West Molesey en Surrey, Inglaterra, aproximadamente en 1930, y luego responde las siguientes preguntas:

¿A quién crees que estaba dirigido el folleto?

¿Qué efecto crees que podría haber tenido en su audiencia?



A is Advice, which is given you free ;
B is for Babies, one, two and three.
C is the Centre in Molesey we've made ;
D our good Doctor who lends us his aid.
E stands for Economy, taught to us there,
F is the Future for which we prepare.
G is for Glaxo, fine babies it builds ;
H is for Hygiene, which saves Doctor's bills.
I is for Ideal,—and Infants too,
J is the Joy they bring to you.
K stands for Kiddies, the big and the small.
L is the Love we have for them all.
M stands for Mothers, who all come to see ;
N, our Nurse Barnes, on every Friday.

O is for Ovaltine, a splendid food ;
P stands for Powders, which sometimes do good.
Q are the Questions we all like to ask,
To answer them all Nurse has quite a task.
R stands for Rules, which must be obeyed ;
S stands for Scales on which we are weighed.
T is for Tea, at 1d. a cup,
U stands for Us, who all drink it up.
V is for Virol, it will make you grow strong, and
W, your Weight will go up before long.
X is our 'Xcellent audience here ;
Y is for Year—come again please, next year.
Z is the Zeal, which is shown by each helper
At the E. & W. Molesey Infant Welfare Centre.

Figura 1.1 Folleto del Centro de Bienestar Infantil de East and West Molesey (Surrey), 'Infant Welfare Centre ABC', circa 1930. Reproducido con permiso de la Wellcome Library, Londres.

Fuente: Wellcome Library, Londres.

Retroalimentación

El folleto estaba dirigido a las madres de niños pequeños. Podemos deducir esto debido a su enfoque en temas relacionados con los bebés, pero también debemos tener en cuenta cómo se dirige solo a las madres (bajo la sección 'M'), y no a las madres y padres, una visión típica de la crianza de los hijos en ese período. El enfoque en las madres reflejaba la idea de que la salud de la población podía mejorar al mejorar la forma en que se criaban los niños. Es posible que también hayas notado que se comunican otros mensajes, que no están estrictamente relacionados con la salud de los niños, como 'E' de economía, 'F' de futuro y el tono bastante severo de 'R' de reglas. El folleto probablemente tenía la intención de inculcar otros tipos de comportamientos "buenos" en las madres que asistían, y es probable que refleje los valores de la clase media de quienes dirigían el centro de salud.

Por supuesto, es difícil saber exactamente qué tipo de efecto pudo haber tenido un folleto como este en su audiencia. Algunas madres pueden haber recibido el folleto como una lista informativa de los tipos de instalaciones y consejos que podrían encontrar en el centro. Otras pueden haberlo encontrado condescendiente o patronizante, especialmente si no compartían los valores de quienes dirigían el centro. Algunas madres pueden haber ignorado el folleto y haberse centrado más en los servicios que ofrecía el centro en un momento en que la atención médica gratuita y completa no estaba ampliamente disponible en Gran Bretaña. Incluso hoy en día, como discutiremos a continuación, los esfuerzos para promover la buena salud no siempre tienen el efecto deseado en su audiencia.

El desarrollo de los servicios de salud

Hacia mediados del siglo XX, había señales en muchos países occidentales de que la prevención de enfermedades y la promoción de la buena salud podrían desempeñar un papel más importante en los servicios de salud. La Segunda Guerra Mundial ayudó a impulsar el desarrollo de sistemas de salud centralizados en muchas naciones europeas. En Gran Bretaña, por ejemplo, los primeros planes para el establecimiento del Servicio Nacional de Salud (NHS) parecían enfatizar la prevención de enfermedades y la educación para la salud. En 1944, un Libro Blanco (proyecto de legislación) sobre el NHS afirmaba que el servicio tenía como objetivo: "separar la cuestión de la salud de cuestiones de recursos personales y otros factores irrelevantes para ella: proporcionar el servicio de forma gratuita... y fomentar una nueva actitud hacia la salud: facilitar la obtención de consejo de forma temprana, promover la buena salud en lugar de solo tratar lo malo" (Ministerio de Salud, 1944).

Sin embargo, la atención dirigida a la promoción de la buena salud pareció desaparecer una vez establecido el NHS en 1948. Se puso mucho más énfasis en tratar la enfermedad en lugar de promover la salud. En la década de 1950 y 1960, la fe en la medicina de alta tecnología, y en particular en los llamados "balas mágicas" - medicamentos específicos que podían curar enfermedades particulares - estaba en su apogeo. Hubo algunos éxitos justificados: gracias en parte a medicamentos como los antibióticos y también a programas de vacunación, las epidemias de enfermedades infecciosas parecían cosa del pasado, al menos en Occidente. Irónicamente, este fue un período difícil para la medicina de salud pública, ya que sus

antiguos enemigos parecían haber sido vencidos. La salud pública necesitaba encontrar un nuevo papel.

Medicina social

Una de las formas en que la salud pública pudo revitalizarse fue en torno a la noción de medicina social. La medicina social se desarrolló en Gran Bretaña durante la década de 1930 y 1940, y se preocupaba por lo que John Ryle (quien fue el primer profesor de Medicina Social en la Universidad de Oxford) describió como: "toda la oportunidad o experiencia económica, nutricional, ocupacional, educativa y psicológica del individuo o comunidad" (Ryle, 1948: 11-12). Lo que Ryle y otros defensores de la medicina social proponían era una noción mucho más amplia de la salud como una condición positiva y no solo la ausencia de enfermedad. Con este fin, los profesionales de la salud inspirados por la medicina social comenzaron a trabajar con comunidades locales para mejorar la salud.

La medicina social ayudó a cambiar el enfoque de la salud pública en otras formas también, especialmente al integrar las ciencias sociales en los estudios de salud, y en particular la epidemiología. La investigación realizada durante las décadas de 1940 y 1950 utilizando técnicas epidemiológicas identificó comportamientos específicos, como el consumo de tabaco y la dieta, como factores de riesgo para desarrollar enfermedades como el cáncer de pulmón y la enfermedad coronaria (Rothstein, 2003). De esta manera, la medicina social fue un importante precursor de muchos de los aspectos clave de lo que se conoció como la nueva salud pública.

Figura 1.2 Póster del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de la década de 1990. Reproducido con permiso de la Wellcome Library, Londres.

Fuente: Wellcome Library, Londres.

Actividad 1.4

Examina la Figura 1.2, que es un póster de prevención del SIDA producido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en la década de 1990, y luego responde a las siguientes preguntas:

¿A quién estaba dirigido este póster?

¿Qué efecto crees que este póster fue diseñado para tener en su audiencia?

Retroalimentación

El póster estaba dirigido a mujeres heterosexuales. Representa un cambio en las ideas sobre quiénes eran propensos a contraer el VIH, pasando de los "grupos de alto riesgo", como hombres homosexuales, usuarios de drogas intravenosas y hemofílicos, a la población en general de heterosexuales no consumidores de drogas. El póster también nos dice algo sobre los cambios en las relaciones de género, o al menos la posibilidad de que las mujeres exijan que su pareja sexual masculina use un condón.

Las pistas sobre el efecto pretendido del póster se encuentran en el texto. Se menciona el "riesgo" y la campaña parece estar destinada a influir en el comportamiento individual para prevenir la transmisión del VIH y el desarrollo del SIDA. El riesgo, la prevención y el enfoque en el comportamiento individual eran aspectos cruciales de la nueva salud pública y el desarrollo de la promoción de la salud, como verás en la siguiente sección. Nuevamente, al igual que con la actividad anterior, es difícil saber qué impacto tuvieron realmente estas campañas en su audiencia prevista. Las incidencias de VIH/SIDA inferiores a las inicialmente temidas podrían considerarse como evidencia del "éxito" de dichas campañas, pero en muchos países occidentales la prevalencia del VIH/SIDA es ahora mayor que en fines de la década de 1980/principios de la década de 1990. Algunos críticos han considerado que tales campañas podrían estigmatizar a las personas que viven con el VIH/SIDA, un

argumento que se discutirá con más detalle más adelante en este capítulo.

La nueva salud pública

Las nociones de riesgo, seguridad, prevención y comportamiento individual, tanto como causa de enfermedad como forma de combatirla, fueron centrales en lo que se denominó la nueva salud pública. En parte, esto surgió como un desafío a la medicina convencional. Durante la década de 1970, la biomedicina fue objeto de críticas desde dos frentes. En primer lugar, los crecientes costos de la atención médica, junto con una débil economía global, hicieron que la medicina de alta tecnología fuera cada vez más costosa. Al mismo tiempo, las deficiencias de los servicios de salud tanto en países de altos ingresos como de bajos ingresos quedaron expuestas, a menudo a través de escándalos de alto perfil sobre una atención deficiente. En segundo lugar, teóricos e investigadores comenzaron a criticar las supuestas victorias de la medicina de alta tecnología. Especialmente importante en este sentido fue el trabajo de Thomas McKeown, profesor de Medicina Social en la Universidad de Birmingham. McKeown argumentó que la disminución de las tasas de mortalidad a fines del siglo XIX se debió más a mejoras en las condiciones de vida y la nutrición que a avances médicos (McKeown, 1979). La tesis de McKeown tuvo un impacto internacional. La influencia de su trabajo se puede observar en un informe producido por el Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, en 1974. El informe, titulado Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses (Informe Lalonde), reconoció que mejorar las condiciones de vida y las medidas de salud pública eran al menos tan importantes, si no más, que la biomedicina para la salud de los canadienses.

Promoción de la salud y atención primaria de salud

Tras el Informe Lalonde, la promoción de la salud comenzó a surgir como una corriente específicamente identificable dentro de la salud pública (MacDougall, 2007). La promoción de la salud se diferenciaba de la nueva salud pública más medicalizada al enfatizar las influencias sociales más amplias sobre la salud colectiva e individual. Esto se puede observar en varios desarrollos a nivel global. Hubo una serie de iniciativas introducidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a fines de la década de 1970 y en la década de 1980 que destacaban la importancia de promover la buena salud además de combatir enfermedades. Por ejemplo, la Declaración de Alma Ata de 1978 abogaba por un enfoque multidimensional de la salud y el desarrollo socioeconómico, y exhortaba a la participación activa de la comunidad en la atención médica y la educación sanitaria en todos los niveles, con un enfoque particular en la atención primaria de salud (Cueto, 2004). En 1986 se presentó la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Este documento cambió el enfoque de la salud pública de la prevención de enfermedades a la "construcción de capacidades para la salud". Esto se vinculó a través del trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la oficina europea de la OMS (OMS Euro) a un enfoque que iba más allá de la atención médica para comprometerse con la reforma social y la equidad (Kickbusch, 2003). Para lograr esto, se introdujeron objetivos específicos, como los desarrollados por la OMS Euro bajo el lema "Salud para todos en el año 2000", que enfatizaban la importancia de comprender los comportamientos relacionados con la salud dentro de su contexto social.

Como parte de esta visión más amplia de los determinantes de la salud, a fines de la década de 1980 se observaron indicios de

que el entorno volvía a desempeñar un papel en la salud pública y la promoción de la salud. Sin embargo, esto adoptó una forma ligeramente diferente a la obsesión con el agua y el saneamiento que se evidenció durante el siglo XIX, al menos en los países de ingresos más altos. A nivel global y nacional, se expresaba preocupación por el agotamiento de los recursos, la contaminación y la creación de ambientes y condiciones de vida insalubres, especialmente en las ciudades. Surgieron iniciativas para colocar el medio ambiente en el centro de los esfuerzos por garantizar una buena salud para todos. Esto se puede observar en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, que establecía que: "Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son la paz, el refugio, la educación, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. La mejora de la salud requiere una base sólida en estos requisitos básicos" (OMS, 1986).

La Carta de Ottawa también formaba parte de un intento de fomentar que los gobiernos asumieran la responsabilidad de crear entornos que permitieran que sus poblaciones gozaran de buena salud. Sin embargo, no solo los gobiernos tomaron la iniciativa en este sentido: también hubo cooperación intersectorial, con la participación del público y la comunidad trabajando junto con el gobierno para crear entornos saludables. Un ejemplo de esto es la Iniciativa de Ciudades Saludables. Lanzado en 1987, este proyecto tenía como objetivo eludir los ministerios nacionales de salud y localizar la promoción de la salud, construyendo un sólido grupo de presión a nivel local (Petersen y Lupton, 1996).

El movimiento internacional de promoción de la salud inicialmente mantuvo un enfoque canadiense y europeo. En algunos países, como Estados Unidos, la educación para la

salud, con su historia mucho más larga como estrategia, nunca fue reemplazada por la promoción de la salud. En otros países, como India, las estrategias de promoción de la salud se habían utilizado durante más tiempo, pero no se denominaban como tal. Independiente de la promoción de la salud, pero con similitudes, había otro movimiento internacional que tuvo su principal influencia en países de bajos ingresos. Este fue el cuidado de salud primario, impulsado después de la Declaración de Alma Ata en 1978 (Berridge, 2010). El movimiento de cuidado de salud primario se preocupaba por encontrar diferentes formas de organizar servicios básicos de salud en países con escasos recursos. Iniciativas tempranas como los médicos descalzos en China y los trabajadores de salud de la aldea en Tanzania en la década de 1960 fueron importantes precursores. En Venezuela y Guatemala, personas comunes fueron capacitadas para brindar atención básica de salud y Cuba también introdujo un modelo diferente de servicios de salud. Más tarde, a través de la influencia de la OMS y UNICEF, tales enfoques, en particular el uso de trabajadores de salud comunitarios, se extendieron ampliamente en lo que entonces se llamaban "países en desarrollo". Hubo acalorados debates sobre si los programas deberían ser "horizontales" o "verticales" (es decir, si debían abarcar una amplia provisión de servicios o simplemente centrarse en algunas condiciones y problemas). Este último enfoque fue más atractivo para los donantes externos (Walt, 2001). Solo en el siglo XXI comenzaron a surgir preocupaciones sobre las enfermedades crónicas en estos países.

Prevención y riesgo

De hecho, el desarrollo de la promoción de la salud a nivel mundial también tuvo un impacto en las políticas nacionales y

locales de salud pública. Se puede identificar un fuerte énfasis en la prevención de enfermedades en documentos de política nacional de salud pública de este período, como el informe del Reino Unido "Prevención y Salud: Responsabilidad de Todos", al que nos referimos en el ejercicio inicial de este capítulo (Departamento de Salud, 1976). Tal énfasis en la prevención de enfermedades se basaba en la epidemiología y en la noción de riesgo. El caso del tabaquismo y el cáncer de pulmón ilustra esto de manera clara. El trabajo de Doll y Hill (1954, 1956) identificó el tabaquismo como un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de pulmón. Aquí se trataba de un comportamiento, no un factor ambiental, que estaba causando enfermedades con el potencial de afectar la salud de la población en su conjunto. Como resultado, comenzó a surgir una nueva agenda de salud pública que hacía hincapié en la necesidad de un cambio de comportamiento y en que los individuos asumieran la responsabilidad de su propia salud. La publicidad y los medios de comunicación masivos se utilizaron para promover la buena salud y fomentar el cambio de comportamiento. Como viste con el cartel en la Actividad 1.4, se hizo hincapié en prevenir que las personas se enfermaran.

En años más recientes, parece que la noción de riesgo se ha ampliado para incluir los riesgos que los individuos o grupos de individuos representan para el resto de la comunidad, no solo para su propia salud. El tabaquismo pasivo es un ejemplo de esto, donde el riesgo relativamente pequeño que los fumadores representan para la salud de los demás se utiliza para justificar políticas como la prohibición de fumar en lugares públicos (Berridge, 2007). Podemos identificar un cambio sutil aquí: en lugar de centrarse en el comportamiento individual y el riesgo que esto representa para la salud del individuo que participa en

ese comportamiento, también hay un énfasis en el impacto que el comportamiento tiene en la comunidad en general. ¿Está la idea del individuo de riesgo dando paso a la protección de la seguridad de la comunidad?

Se pueden encontrar pruebas de esta visión, por ejemplo, en la reciente reformulación de la estrategia del Reino Unido sobre drogas ilegales, que se centra más en reducir el delito asociado al consumo de drogas que en proporcionar tratamiento para los individuos. Algunos críticos temen que esto pueda llevar a un giro más punitivo en el campo de las drogas y en la salud pública en general, ya que se hace hincapié en proteger a la comunidad de los riesgos que representan los demás. Este enfoque refuerza los argumentos de las personas críticas de la promoción de la salud. A modo de conclusión, examinaremos algunas de estas críticas y consideraremos lo que también dicen sobre cómo se ha desarrollado la promoción de la salud en los últimos 100 años aproximadamente.

Críticas a la promoción de la salud

En esta sección, analizamos tres categorías de críticas dirigidas a la promoción de la salud: prácticas, estructurales y de vigilancia. Pero primero, completa la Actividad 1.5, que destaca algunos de estos temas.

Actividad 1.5

Para algunos críticos, la promoción de la salud todavía significa solo educación para la salud. En esta actividad, considerarás las críticas a la educación para la salud. Lee los extractos a continuación, que se toman de un artículo sobre educación para la salud del médico general y autor británico James Le Fanu. La educación para la salud es una corriente específica de la

promoción de la salud que enfatiza el aprendizaje para mejorar la salud. Una vez que hayas leído los extractos, responde las preguntas que siguen.

"La educación para la salud es un tema poco emocionante de contenido intelectual marginal. En esencia, y esta es ciertamente la impresión pública predominante, toma la forma de eslóganes publicitarios, o más bien admoniciones, que se presume mejorarán la salud de la nación: no bebas y conduzcas; usa un condón; fumar mata; come saludablemente, etc." (p. 89)

"Los intentos científicos de evaluar las campañas de educación para la salud muestran casi todos que es muy difícil lograr que las personas cambien su comportamiento mediante el amonestamiento para que lo hagan". (p. 90)

"La educación para la salud, al igual que cualquier otra rama de la medicina, no está exenta de sus 'efectos secundarios', que serían aceptables, al igual que en el caso de los medicamentos, si funcionaran, pero inaceptables si no lo hacen. Estos efectos secundarios incluirían asustar al público con conceptos engañosos sobre el riesgo de la vida cotidiana, vincular actividades placenteras como comer y tener relaciones sexuales con discapacidad y muerte. ¿Las fish and chips obstruyen las arterias? ¿Es el sexo heterosexual casual sin protección muy arriesgado? Para aquellos desafortunados que sufren de enfermedades coronarias o accidentes cerebrovasculares, el mensaje de educación para la salud podría tener el 'efecto secundario' de culpar a la víctima, donde los afectados creen que su desgracia es en gran medida su propia culpa". (p. 91)

"En la última década, el gobierno conservador ha aumentado enormemente su participación directa en la vida privada de la nación a través del financiamiento de programas de educación para la salud. Hay dos razones sólidas para lamentar este desarrollo: refuerza el ethos del estado paternalista en el que la noción de que los individuos son responsables de sus propias vidas se margina; además, y esto se aplica especialmente a la campaña del SIDA, se ha argumentado, por ejemplo, por el rabino jefe, que las campañas parecen respaldar un mensaje moral que aprueba las relaciones sexuales casuales siempre y cuando se realicen "de manera segura". En este sentido, se puede decir que la educación para la salud ha influido en el tono moral de la nación". (pp. 91-2)

(Extractos de James Le Fanu (1994) ¿Funciona la educación para la salud?, en J. Le Fanu (ed.) Preventionitis: The Exaggerated Claims of Health Promotion. Londres: Social Affairs Unit.)

Enumere las diferentes preocupaciones que plantea Le Fanu sobre la educación para la salud.

¿Qué tan convincentes son sus argumentos en contra de la educación para la salud?

Retroalimentación

Las preocupaciones planteadas por Le Fanu son: (a) La educación para la salud carece de una base intelectual y se basa en decirle a la gente qué hacer. (b) Hay pocas pruebas que demuestren que la educación para la salud funciona. (c) La educación para la salud tiene efectos secundarios, como culpar a la víctima por su condición. (d) La educación para la salud socava la responsabilidad individual en la salud. (e) La

educación para la salud puede fomentar comportamientos "inmorales", como tener relaciones sexuales casuales.

Es posible que algunos de ustedes no se hayan convencido con los argumentos de Le Fanu. Es posible que hayan notado, por ejemplo, que en los extractos presentados no cita ninguna evidencia que respalde su afirmación de que la educación para la salud no funciona. Le Fanu sí utiliza evidencia para respaldar su argumento en el artículo completo, como estudios sobre campañas de educación para la salud que han demostrado que rara vez se produce un cambio de comportamiento mediante la exposición a dicho material. Pero ¿cómo sabemos qué provoca que una persona cambie su comportamiento? ¿Cuánto tiempo se tarda en sentir los efectos de las campañas de promoción de la salud? También es posible que hayan notado el tono controvertido de la escritura de Le Fanu. Esto podría haberles hecho sentir menos seguros acerca de sus argumentos. Sin embargo, algunos de ustedes podrían haber encontrado más convincentes las declaraciones de Le Fanu. Él plantea preocupaciones legítimas sobre si la promoción de la salud funciona y sus efectos no deseados. Independientemente de si están de acuerdo o no con Le Fanu, él plantea puntos importantes que los promotores de la salud deben tener en cuenta, temas que se discuten con más detalle en el resto de este capítulo.

Práctica

Una de las críticas principales dirigidas a la promoción de la salud es que simplemente no funciona: no logra el nivel de mejoras en la salud que se propone. Críticos como Le Fanu argumentan que los recursos utilizados en la promoción de la salud se podrían utilizar de mejor manera en el tratamiento de

los enfermos en lugar de prevenir que las personas se enfermen. En la práctica, muchos sistemas nacionales de salud están diseñados principalmente para tratar a los enfermos y tienden a dar menos importancia a la prevención de enfermedades. Además, se podría argumentar que tiene sentido dirigir nuestros recursos limitados en salud hacia aquellos que ya están enfermos. Al mismo tiempo, desde una perspectiva política, incluso si las medidas de promoción de la salud tienen un efecto, es probable que este solo se pueda sentir a largo plazo y a menudo sea difícil de medir.

Estructural

Un tipo diferente de crítica (a menudo realizada por personas de izquierda) es que la promoción de la salud no aborda los problemas estructurales que sustentan la salud. Los críticos argumentan que no se presta suficiente atención a las condiciones que generan mala salud, como la pobreza, la vivienda precaria, los entornos peligrosos, y así sucesivamente. Las desigualdades y la salud han vuelto a aparecer en la promoción de la salud en los últimos años, pero muchos sugieren que aún no se presta suficiente atención a este problema (Marmot, 2004).

Otro problema estructural de la promoción de la salud es que al dirigirse al comportamiento individual y atribuir la responsabilidad de la salud a las personas, puede tener el efecto de culpar a las víctimas de enfermedades por su condición (Crawford, 1977). En contraste, los gobiernos han sido lentos en dirigirse a actores clave como la industria del tabaco, que produce los productos que enferman a las personas en primer lugar. Centrarse en prevenir enfermedades también puede tener el efecto de aumentar el estigma asociado con

estar enfermo. Como vimos con el cartel de prevención del VIH/SIDA, dichos esfuerzos declaran claramente que estar enfermo es un estado indeseable, lo que aumenta el estigma asociado a quienes están enfermos.

Vigilancia

Finalmente, algunos ven la promoción de la salud como un proyecto que coloca a grandes sectores de la población bajo vigilancia (Armstrong, 2008). El monitoreo de la salud de la población puede convertirse en una forma de disciplina. Exhortar a las personas a comportarse de una manera prescrita socava la agencia y la autonomía individual. La promoción de la salud puede convertirse así en una herramienta de control social.

Conclusión

Ahora bien, estés o no de acuerdo con estas críticas, resulta interesante que reflejen muchos de los temas que hemos abordado en la larga historia de la salud pública y la promoción de la salud. La vigilancia, el control social, la estigmatización, si enfatizar el tratamiento o la prevención de enfermedades son todos temas que hemos encontrado antes. Hemos visto cómo los determinantes sociales de la salud a menudo han sido ignorados. En el siglo XIX, por ejemplo, las malas condiciones de vida a menudo eran las culpables de la enfermedad, pero en su lugar se patologizaba a las clases trabajadoras y se las consideraba una fuente de enfermedad. También ha habido una tendencia a culpar a las víctimas de los problemas de salud pública, como vimos a fines del siglo XX con el énfasis en la responsabilidad individual por la salud. También es cierto que las medidas de salud pública y promoción de la salud pueden ser una forma de control social. La intervención en la vida de las

personas, como la introducción de visitadores de salud a principios del siglo XX, puede tener un efecto disciplinario. Estos problemas, presentes en el pasado, son claramente todavía relevantes en los intentos más recientes de salvaguardar la salud pública y promover una buena salud.

Resumen

La historia de la promoción de la salud ilustra algunas de las complejidades y problemas a los que todavía se enfrenta hoy en día. Los puntos clave incluyen:

- La promoción de la salud como una disciplina específica surgió en la década de 1970.
- La promoción de la salud se basó en cambios anteriores dentro de la salud pública que se remontan al siglo XIX y más allá.
- Hay tanto continuidad como cambio a lo largo del tiempo en la salud pública y la promoción de la salud.
- Algunos problemas aparecen, desaparecen y reaparecen, como el medio ambiente.

Referencias

Apple, R. (1987) Mothers and Medicine: A Social History of Infant Feeding, 1890–1950. Madison, WI: University of Wisconsin Press.

Armstrong, D. (2008) The rise of surveillance medicine, Sociology of Health and Illness, 17(3): 393–404.

Bashford, A. and Levine, P. (eds.) (2010) The Oxford Handbook of the History of Eugenics. Oxford: Oxford University Press.

Berridge, V. (2007) Marketing Health: Smoking and the Discourse of Public Health in Britain, 1945–2000. Oxford: Oxford University Press.

Berridge, V. (2010) Historical and policy approaches, in Y. Coombes and M. Thorogood (eds.) Evaluating Health Promotion: Practice and Methods (3rd edn.). Oxford: Oxford University Press.

Chadwick, E. (1843) Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain: A Supplementary Report on the Results of a Special Inquiry into the Practice of Interment in Towns. London: W. Clownes.

Crawford, R. (1977) You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming, International Journal of Health Services, 7(4): 663–80.

Cueto, M. (2004) The origins of primary health care and selective primary health care, American Journal of Public Health, 94(11): 1864–74.

Davies, C. (1988) The health visitor as mother's friend: a woman's place in public health, 1900–14, Social History of Medicine, 1(1): 39–59.

de Vries, J. (1984) European Urbanization 1500–1800. London: Methuen.

Department of Health (1976) Prevention and Health: Everybody's Business. London: HMSO.

Doll, R. and Hill, A.B. (1954) The mortality of doctors in relation to their smoking habits, British Medical Journal, ii: 1451–5. (Reprinted 2004 in British Medical Journal, 328(7455: 1529–33.)

Doll, R. and Hill, A.B. (1956) Lung cancer and other causes of death in relation to smoking: a second report on the mortality of British doctors, British Medical Journal, 2(5001): 1071–81.

Donajgrodzki, A.P. (ed.) (1977) Social Control in Nineteenth Century Britain. London: Croom Helm.

Durbach, N. (2005) Bodily Matters: The Anti- Vaccination Movement in England, 1853–1907. Durham, NC: Duke University Press.

Dyhouse, C. (1978) Working- class mothers and infant mortality in England, 1895–1914, Journal of Social History, 12(2): 248–67.

Hamlin, C. (1998) Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick, Britain 1800–1854. Cambridge: Cambridge University Press.

Hennock, E.P. (1998) Vaccination policy against smallpox, 1835–1914: a comparison of England with Prussia and Imperial Germany, Social History of Medicine, 11(1): 49–71.

Jones, G. (1986) Social Hygiene in Twentieth Century Britain. Beckenham: Croom Helm.

Kickbusch, I. (2003) The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion, American Journal of Public Health, 93(3): 383–8.

LaLonde, M. (1974) A New Perspective on the Health of Canadians (the LaLonde Report). Ottawa, Ontario: Minister of Supply and Services.

Le Fanu, J. (1994) Does health education work?, in J. Le Fanu (ed.) Preventionitis: The Exaggerated Claims of Health Promotion: London: Social Affairs Unit.

MacDougall, H. (2007) Reinventing public health: a new perspective on the health of Canadians and its international impact, Journal of Epidemiology and Community Health, 61: 955–9.

Marmot, M. (2004) Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health. London: Bloomsbury.

McKeown, T. (1979) The Role of Medicine. Oxford: Blackwell.

Melosi, M. (2000) The Sanitary City: Urban Infrastructure in America from Colonial Times to the Present. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Ministry of Health (1944) A National Health Service. Cmnd. 6502. London: HMSO.

Petersen, A. and Lupton, D. (1996) The New Public Health: Health and Self in an Age of Risk. London: Sage.

Porter, D. (1999) Health, Civilisation and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times. Abingdon: Routledge.

Rothstein, W. (2003) Public Health and the Risk Factor: A History of an Uneven Medical Revolution. Rochester, NY: University of Rochester Press.

Ryle, J.A. (1943) Social medicine, its meaning and scope, British Medical Journal, ii: 633–6.

Ryle, J.A. (1948) Changing Disciplines. London: Oxford University Press.

Snow, S. (2002) Commentary: Sutherland, Snow and water: the transmission of cholera in the nineteenth century, International Journal of Epidemiology, 31(5): 908–11.

Walt, G. (2001) Health care in the developing world, 1974–2001, in C. Webster (ed.) Caring for Health: History and Diversity. Buckingham: Open University Press.

Wohl, A. (1983) Endangered Lives: Public Health in Victorian Britain. London: Methuen.

Worboys, M. (2000) Spreading Germs: Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865–1900. Cambridge: Cambridge University Press.

World Health Organization (WHO) (1978) Declaration of Alma-Ata. Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

World Health Organization (WHO) (1986) The Ottawa Charter for Health Promotion. Available at:

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ [accessed 18 October 2012].

2. La construcción social de la salud y la promoción de la salud - Sara Cooper y Nicki Thorogood

Resumen

El objetivo de este capítulo es presentarte el construccionismo social como un marco conceptual particular y cómo se puede aplicar a los conceptos de salud y promoción de la salud. En primer lugar, proporcionamos una breve introducción al construccionismo social y cómo este marco conceptual da forma a nuestra comprensión y pensamiento sobre el mundo social. En segundo lugar, examinamos cómo se puede aplicar un marco conceptual construccionista social a la salud. Aquí presentamos dos corrientes intelectuales diferentes de una postura construccionista social hacia la salud y la enfermedad, explorando cómo, de manera ligeramente diferente, ambas han contribuido de manera importante a nuestra comprensión de las dimensiones contextuales de la enfermedad y las entidades patológicas. En tercer lugar, exploramos las implicaciones que tiene un marco conceptual construccionista social para la promoción de la salud. Demostramos cómo puede ayudarnos a pensar críticamente sobre los conceptos, categorías y definiciones utilizados en los programas de promoción de la salud, lo que podría permitir que la práctica de la promoción de la salud sea más consciente de sí misma, autocrítica y responsable. Sin embargo, aplicar un marco conceptual construccionista social a la promoción de la salud nos lleva más allá de esto. También nos obliga a analizar críticamente todo el esfuerzo de promoción de la salud en sí mismo; a considerar qué papel desempeña y qué consecuencias puede tener en la sociedad en general. Un análisis a este nivel nos invita a

reflexionar sobre el potencial de la promoción de la salud para actuar como una forma de regulación social y si se puede considerar acríticamente como algo "bueno".

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, podrás:

- Comprender el construccionismo social como un marco conceptual particular.
- Apreciar cómo se puede aplicar un marco conceptual construccionista social al concepto de salud y al conocimiento médico.
- Identificar las implicaciones que el construccionismo social tiene para la teoría y práctica de la promoción de la salud.

Términos clave

Poder disciplinario: Una forma moderna y más encubierta de poder que opera a través de sistemas de conocimiento y práctica, y que, al crear estándares de "normalidad" y "anormalidad", induce a las personas a examinarse y ajustarse constantemente a sí mismas y a los demás según dichas normas.

Discurso: Conjuntos de lenguaje, conocimiento y práctica que constituyen las mismas cosas que aparentan describir.

Normativo: Comportamientos y prácticas que se consideran "normales" o "correctas" en un contexto social determinado.

Fenomenología: Un paradigma de investigación cualitativa, derivado de los escritos de filósofos como Husserl y Buber, que

se centra en la experiencia vivida y subjetiva de los fenómenos. Busca describir y apreciar cómo las personas comprenden y otorgan significado a sus propias experiencias.

Semiótica: El estudio de los signos y símbolos que tiene como objetivo deconstruir sus significados codificados. Incluye signos y símbolos en cualquier medio o modalidad sensorial (por ejemplo, palabras, imágenes, sonidos, gestos y objetos).

Construccionismo social: Un marco conceptual crítico que entiende que las cosas que generalmente se consideran exclusivamente naturales son socialmente producidas.

¿Qué es el construccionismo social?

El construccionismo social es un marco conceptual que comprende que las cosas, generalmente consideradas exclusivamente naturales, son socialmente producidas. Su énfasis radica en cómo los significados de los fenómenos no son inherentes a los propios fenómenos, sino que se crean a través de la interacción y el diálogo dentro de un contexto social particular históricamente situado (Gergen, 1999). Esta perspectiva rechaza la sugerencia de que existe una "verdad" objetiva, única y preexistente que está "ahí afuera", esperando ser descubierta. En cambio, los construccionistas sociales argumentan que la realidad social y el conocimiento sobre ella son múltiples y siempre dependientes del contexto, y son producto de procesos sociales, históricos, políticos y culturales (Berger y Luckmann, 1966). Las comprensiones de los fenómenos pueden variar con el tiempo, y las experiencias pueden asignarse diferentes significados en diferentes grupos sociales y entornos. Tomemos un ejemplo sencillo, el trabajo infantil se consideraba perfectamente normal en Gran Bretaña

durante el siglo XIX, mientras que ahora está sujeto a rigurosas legislaciones.

Como enfoque particular de investigación humana, el construccionismo social inevitablemente tiene una agenda crítica (Burr, 2003), ya que busca cuestionar el conocimiento aceptado sobre el mundo social y cómo lo categorizamos, que se proclama a sí mismo (a veces de manera sutil y a veces no tan sutil) como una verdad autoevidente. Esta perspectiva intenta deconstruir los términos que usamos rutinariamente, interrogando su apariencia absoluta e inevitable. Busca desentrañar los supuestos, las ideologías y las relaciones de poder que están incrustadas y reforzadas por las categorías que se emplean. Hace preguntas como: ¿Cuáles son los procesos mediante los cuales los fenómenos se clasifican de determinadas maneras? ¿Quién tiene el poder de producir clasificaciones legítimas? ¿Y cuáles son las consecuencias de tales clasificaciones?

Por ejemplo, desde una perspectiva construccionista social, se argumenta que el "género" es socialmente construido y, como tal, los roles, habilidades y temperamentos asignados a un género particular están moldeados por normas comúnmente aceptadas sobre cómo deberían ser o comportarse un hombre o una mujer, en lugar de reflejar verdades inherentes encontradas en la naturaleza. Una perspectiva construccionista social también podría enfatizar cómo las construcciones dominantes de feminidad y masculinidad han servido con frecuencia para naturalizar y justificar la desigualdad de género. Por ejemplo, se ha argumentado que la construcción común de la feminidad como esencialmente cuidadora y protectora ha contribuido a la concentración de las mujeres en empleos a

tiempo parcial y peor remunerados, y ha reducido sus oportunidades de capacitación y ascenso (Charles, 1993).

De manera similar, los construccionistas sociales sostienen que la categoría de "raza" es más una noción socialmente producida que la expresión de esencias biológicas importantes. Afirman que las taxonomías raciales aparentemente "naturales" actúan para reificar la "raza" como una realidad predeterminada y para esencializar las diferencias raciales que a su vez se han utilizado para explotar y oprimir a ciertos grupos. Por ejemplo, existe una larga historia de construir a los africanos negros como genéticamente distintos y primitivos, lo cual se ha utilizado para respaldar proyectos políticos como la esclavitud, el imperialismo, la política antiinmigración y el movimiento eugenésico (Williams et al., 1994; Bhopal, 1997; Krieger, 2000).

Actividad 2.1

En esta actividad, aplicarás el marco del construccionismo social a tus propios ejemplos. Haz una pausa por un momento e intenta pensar en cualquier ejemplo de tu propio conocimiento y experiencia donde las categorías sociales aceptadas hayan sido cuestionadas.

Retroalimentación

Por ejemplo, es posible que hayas recordado cómo las clasificaciones raciales aparentemente "reales" en Sudáfrica cambiaron después del fin de la era del apartheid. ¿Qué dice esto sobre la "naturaleza" de las categorías raciales? O tal vez hayas considerado cómo ha cambiado la aceptación de que las mujeres sean adecuadas para roles como cirujanas o para el servicio militar (aunque aún se sostiene comúnmente que las mujeres no son adecuadas para el combate en primera línea).

¿Qué implicaciones tiene esto sobre las concepciones de la "naturaleza" de las mujeres? O quizás hayas reflexionado sobre cómo alguna vez fue una verdad indiscutible que la Tierra era plana.

La construcción social de la salud y la enfermedad

En los últimos 50 años, la construcción social de la salud se ha convertido en una perspectiva significativa dentro de la sociología de la salud y la enfermedad, y ha contribuido en gran medida a nuestra comprensión de las dimensiones dependientes del contexto de la enfermedad (Bury, 1986; Lupton, 2000). Aunque hay varias corrientes intelectuales dentro de un enfoque construccionista social de la enfermedad, se pueden identificar dos hilos principales que abordan este tema de manera ligeramente diferente.

La construcción social de las comprensiones y experiencias "profanas" de la salud y la enfermedad

La primera tradición, que se basa en gran medida en perspectivas sociológicas interpretativas, especialmente la fenomenología, toma en serio el significado subjetivo y la experiencia de la salud y la enfermedad. Aquí, el enfoque se centra en lo que se denomina "personas profanas" (en contraposición a los "expertos" que tienen formación en prácticas específicas, habilidades y disciplinas académicas) y sus comprensiones personales y manifestaciones del bienestar. Los investigadores en esta tradición han abordado preguntas como: ¿Cómo comprenden la salud y la enfermedad las personas profanas? ¿Cómo interpretan y gestionan la aparición de la enfermedad? ¿Qué significados se atribuyen a los comportamientos relacionados con la salud? ¿Y cómo se mantiene la salud en el ámbito profano?

Tal investigación ha demostrado que las conceptualizaciones de la salud no son universales ni fijas. Más bien, están contextualmente condicionadas, influidas por las ideologías predominantes y mediadas por el entorno más amplio en el que las personas viven, como su contexto cultural, ubicación estructural y geográfica, identidad social y biografía personal. Las comprensiones de la salud son a la vez individuales y sociales, y infinitamente variadas. Lo que se define como no saludable en una cultura puede ser celebrado en otra. Por ejemplo, algunos grupos culturales pueden considerar la menstruación de las mujeres como un signo de enfermedad, connotando impureza moral y espiritual. Como consecuencia, durante la menstruación se pueden observar varios tabúes en áreas como la vestimenta, el baño, la alimentación, la interacción social y las relaciones sexuales. Sin embargo, otros grupos pueden ver la menstruación como un signo de salud y fertilidad para las mujeres. Ambos conjuntos de prácticas se perciben como "naturales" y "correctas" dentro de sus propias sociedades y se invocarán sanciones por cualquier incumplimiento. Desde una perspectiva de construcción social, podemos considerar estas "verdades" como conocimiento socialmente producido.

De manera similar, las conceptualizaciones sobre la salud y la enfermedad no son estables en el tiempo, sino que cambian y se adaptan a medida que las ideologías sociales y políticas predominantes cambian. Por ejemplo, Crawford (1994, 2006) rastrea los cambios radicales que han ocurrido en las comprensiones de la salud en las sociedades occidentales en los últimos 200 años. Destaca cómo, antes del siglo XVIII, la salud se percibía más como parte de una "buena fortuna" inclusiva y el resultado de una buena vida, observancia ritual o

gracia divina. A medida que Europa y América se modernizaron e industrializaron, la salud surgió como algo que se podía lograr y se consideró un fundamento esencial del carácter y la buena ciudadanía. Las comprensiones de la salud comenzaron cada vez más a reflejar los valores del capitalismo y el individualismo, impregnadas de nociones de autonomía individual, autocontrol, autodisciplina y fuerza de voluntad.

La investigación dentro de esta tradición también ha demostrado cómo los comportamientos y elecciones relacionados con la salud están arraigados en estructuras socioeconómicas y contextos culturales. Por ejemplo, investigaciones en Canadá (Shoveller et al., 2004), Reino Unido (Thorogood, 1995) y Sudáfrica (Wood y Foster, 1995; Shefer y Foster, 2001) han revelado que las prácticas sexuales tienen significados sociales, personales y culturales significativos que a menudo tienen muy poco que ver con la salud. El comportamiento sexual y las decisiones relacionadas en el contexto de la vida cotidiana de las personas se ven influenciados con frecuencia por discursos relacionados con el deseo, la intimidad, la confianza, la moralidad y el peligro. De manera similar, la investigación sobre las opciones reproductivas entre mujeres con VIH en muchos países africanos también demuestra cómo estas decisiones están frecuentemente moldeadas por normas y expectativas sociales y culturales, en lugar de preocupaciones de salud. Las fuertes normas sociales y culturales en torno a la fertilidad en muchas sociedades africanas, que pueden resultar en la marginación e incluso la muerte de mujeres sin hijos, se ha demostrado que son una influencia importante en las decisiones de muchas mujeres con VIH de tener hijos (Aka-D ago-Akribi et al., 1997; Dyer et al., 2002; Myer and Morroni, 2005). La investigación

sobre mujeres y tabaquismo también ha ilustrado de manera similar la naturaleza social y contextualmente arraigada de los comportamientos relacionados con la salud. Se ha encontrado que para muchas mujeres de clase trabajadora, fumar promueve una sensación emocional de bienestar y puede mejorar el capital social. Como concluye Graham (1987: 55) en su estudio sobre mujeres que cuidan de niños en edad preescolar en familias de bajos ingresos en Gran Bretaña, "Fumar actúa tanto como un lujo como una necesidad cuando los recursos materiales y humanos son escasos... En un estilo de vida despojado de ropa nueva, maquillaje, peinado, viajes en autobús y salidas nocturnas, fumar puede convertirse en un símbolo importante de la participación en una cultura de consumo adulta".

Una última línea importante de investigación dentro de esta tradición ha examinado los significados personales y sociales de la enfermedad a nivel de experiencia y explorado cómo se maneja la enfermedad dentro de los contextos sociales en los que las personas habitan. Esta investigación ha destacado cómo la experiencia de la enfermedad está socialmente construida, dependiendo de cómo el paciente encuentra sentido y vive con su enfermedad, y recupera un sentido de sí mismo. Las personas pueden asignar diferentes significados a su angustia y sufrimiento, dependiendo, por ejemplo, de sus relaciones personales y sociales, clase, género, creencias religiosas y culturales. Como tal, la manifestación y experiencia cotidiana de la enfermedad está dotada de significado subjetivo e infinitamente variada. Se ha demostrado cómo las personas determinan activamente los límites de su enfermedad y su identidad en relación con esos parámetros en el caso de diversas enfermedades específicas, como la depresión (Karp,

1996), la epilepsia (Schneider y Conrad, 1983), la esquizofrenia (Schulze y Angermeyer, 2003), la artritis reumatoide (Fagerlind et al., 2010), la diabetes (Peyrot et al., 1987), el asma (Adams et al., 1997) y el VIH/SIDA (Davies, 1997; Ezzy, 2000; Klitzman y Beyer, 2003).

Actividad 2.2

Esta actividad te anima a reflexionar sobre el impacto de tener en cuenta las creencias y experiencias de las personas comunes al diseñar intervenciones de promoción de la salud. Imagina, por ejemplo, que te han pedido diseñar una intervención de promoción de la salud para cambiar los hábitos alimentarios en una población de adolescentes. ¿Cómo podría afectar tus planes tener en cuenta las creencias y experiencias "comunes" de los jóvenes sobre la comida, la dieta y la salud? Toma nota de algunas ideas para un entorno con el que estés familiarizado. Pregúntate: ¿qué suposiciones están haciendo los "expertos en salud" sobre este grupo? ¿Cómo podrían diferir de las opiniones de otros, como profesionales no relacionados con la salud (trabajadores juveniles, líderes religiosos, educadores, políticos, etc.) o los propios jóvenes? ¿Puedes pensar en ejemplos de esto en tus propias experiencias profesionales o personales?

Retroalimentación

Los profesionales de la salud pueden sentir que saben cuál es el resultado deseable en términos de los hábitos alimentarios de los jóvenes y que solo tienen que facilitar su adopción. Por lo tanto, tal vez la intervención "profesional" no sea más que una norma socialmente construida sobre lo que es deseable, sin tener en cuenta otros aspectos del mundo social que pueden ser igual de importantes, o incluso más importantes, para este

grupo objetivo que la "buena salud". Esto podría incluir, por ejemplo, ideas sobre lo que constituye la "atracción" para los jóvenes hombres y mujeres, o sus expectativas de salud física y bienestar.

También debemos tener en cuenta que los "jóvenes" no forman un grupo homogéneo y las intervenciones adecuadas pueden variar según las normas sociales predominantes, como las relacionadas con la clase socioeconómica, el género o las ideas sobre la autonomía. Los profesionales también pueden suponer erróneamente que todas estas variables sociales son pertinentes para todos los jóvenes en todo momento.

La construcción social del conocimiento médico y las entidades de enfermedad

Una segunda corriente intelectual dentro del enfoque constructivista de la enfermedad, que se basa en gran medida en los escritos de Michel Foucault (1977), ha contribuido a nuestra comprensión de la naturaleza socialmente construida de la salud, aunque de manera ligeramente diferente. Lo que podríamos llamar la tradición foucaultiana examina de manera crítica el conocimiento médico y las entidades de enfermedad, cuestionando cómo y por qué se etiquetan determinados signos y síntomas como enfermedades médicamente legítimas (Jordanova, 1995; Turner, 1995; Bunton y Petersen, 1997; Lupton, 1997).

Según Foucault (1977), el conocimiento experto sobre la "salud" y la "enfermedad" no es un descubrimiento objetivo de una realidad biológica "dada" que simplemente existe en la naturaleza. Más bien, las categorías de enfermedad aceptadas o las entidades de enfermedad son productos del discurso médico que está moldeado por el razonamiento y las prácticas

sociales, culturales y políticas. Ciertos comportamientos y experiencias se les confiere el estatus de condiciones médicas o enfermedades en un momento y lugar determinado, y para Foucault, tales construcciones son una forma principal de poder en las sociedades modernas. Por ejemplo, cuando un grupo de síntomas se categoriza dentro del discurso médico como "tuberculosis", no significa que esta entidad exista de manera independiente "allá afuera", sino que ha sido definida o etiquetada como tal dentro de un contexto social, histórico y político específico.

La naturaleza socialmente construida de las entidades de enfermedad se ilustra claramente por el hecho de que los vocabularios y las categorías de enfermedades no son estables; los límites y significados de la enfermedad son perpetuamente objeto de controversia, negociación y redefinición a lo largo del tiempo. A lo largo de la historia, hay ejemplos de diagnósticos y categorías de enfermedades que han desaparecido de los libros de texto clínicos, y con frecuencia se "descubren" y nombran nuevas "enfermedades". La revisión constante de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) son testimonio de esto.

Los estudiosos dentro de esta tradición foucaultiana han demostrado que estos cambios en las clasificaciones de las entidades de enfermedades son menos el resultado de un avance o precisión científico-médica en los procedimientos de diagnóstico, y más el producto de cambios en las prácticas sociales e ideas políticas. También se destaca que las decisiones sobre lo que constituye una enfermedad no son neutrales desde el punto de vista de los valores, sino que están

mediadas por valores políticos y morales, así como por ideologías predominantes en la sociedad. Por lo tanto, las categorías de enfermedad tienen una fuerte agenda evaluativa, a menudo respaldando los intereses de los grupos en el poder y reforzando las estructuras sociales existentes.

Por ejemplo, hasta mediados de la década de 1980, la homosexualidad se definía y categorizaba en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ampliamente utilizada en Estados Unidos y Europa occidental) como una condición médica que requería tratamiento. No es difícil ver cómo este diagnóstico médico oficial ocurrió en el contexto de poderosas fuerzas socio-políticas que estaban en contra de las variaciones de la tradicional pareja heterosexual que prevaleció durante gran parte del siglo XX (Hare-Mustin y Marecek, 1997; Smith et al., 2004). De manera similar, varios estudiosos han demostrado cómo el desarrollo de una serie de enfermedades asociadas con la sexualidad y la reproducción durante el siglo XIX estuvo íntimamente moldeado por estructuras patriarcales y las costumbres sociales contemporáneas sobre el "lugar adecuado" de las mujeres en la sociedad (Jacobus et al., 1990; Ussher, 1991, 1996). Enfermedades del siglo XIX como la neurastenia y la histeria se atribuían a supuestas aberraciones del sistema reproductivo, y por lo tanto se alentaba a las mujeres a concentrarse en adormecer la mente, intelectual y emocionalmente, para permitir que las funciones de su cuerpo se llevaran a cabo sin obstáculos mentales.

Para resumir esta sección sobre la construcción social de la salud, a diferencia de un modelo médico de enfermedad que asume que las enfermedades son universales y estables a lo largo del tiempo y el lugar, un enfoque construccionista social enfatiza cómo todos los significados, experiencias y definiciones

son producidos por interacciones sociales, tradiciones culturales compartidas, marcos cambiantes de conocimiento y relaciones de poder. Todo esto no niega las realidades del dolor y el sufrimiento, ni afirma que las personas no experimenten malestar físico o mental. Una perspectiva construccionista social enfatiza, sin embargo, que estas experiencias y cómo las etiquetamos no son simplemente el resultado de procedimientos médico-científicos, sino también el producto de procesos históricos, sociales y políticos.

Implicaciones para la promoción de la salud

¿Cuáles son las implicaciones de una perspectiva construccionista social, tanto en general como específicamente en relación con la salud, para la promoción de la salud? Es fundamental apreciar que los significados populares de la salud y los comportamientos relacionados con la salud están inexorablemente ligados al contexto y moldeados socialmente para hacer que las campañas de educación y promoción de la salud sean relevantes y receptivas a las experiencias vividas y comprensiones subjetivas de los grupos objetivo. Esto es esencial tanto para reintegrar las necesidades de la persona en la promoción de la salud como un fin en sí mismo, como para la efectividad potencial de los programas de promoción de la salud. Alentar a las personas a modificar sus estilos de vida y adoptar formas más saludables de vivir, sin tener en cuenta el contexto social en el que surgen y desarrollan significado, resulta algo artificial y puede resultar ineficaz. Por ejemplo, los mensajes de promoción de la salud que simplemente aconsejan a las personas dejar de fumar o practicar sexo seguro seguirán siendo ineficaces si las decisiones que rodean estos comportamientos llevan consigo significados sociales, culturales y simbólicos distintos a los que se refieren a la salud,

como suele suceder. El trabajo de Holland et al. (1990a, 1990b), Wilton y Aggleton (1990), Campbell (2003) y Bernays y Rhodes (2009) ha demostrado claramente esto en el caso del VIH/SIDA. Las campañas e intervenciones que conceptualizan el comportamiento de salud desprovisto de significado social probablemente aumentarán la culpabilización de las víctimas y el estigma, y tendrán un éxito limitado.

Además, una perspectiva construccionista social dentro de una tradición más foucaultiana es vital para sensibilizar a los promotores de salud sobre la importancia de pensar críticamente acerca de los conceptos y categorías que se emplean. Esta perspectiva nos recuerda cómo todas las definiciones y clasificaciones son producidas por las personas, en un momento y lugar particular, y por lo tanto siempre están impregnadas de normas, suposiciones y fuerzas sociales particulares. Nos invita a reflexionar sobre cómo se define o se enmarca el problema en primer lugar, cómo se desarrolló y cuáles podrían ser las consecuencias de adoptar tal paradigma. Esto es esencial si la práctica de la promoción de la salud pretende ser consciente de sí misma, crítica y responsable. De hecho, las críticas construccionistas sociales han sido fundamentales para articular las ideologías frecuentemente ocultas en muchas campañas de promoción de la salud.

Por ejemplo, se han lanzado críticas al uso acrítico de categorías raciales en muchos programas de educación y promoción de la salud sobre el VIH/SIDA en África, y cómo esto ha generado estereotipos racistas devastadores sobre las personas africanas y sus sexualidades (Sabatier, 1988; Crewe y Aggleton, 2003; Stillwaggon, 2003; Campbell, 2004). Del mismo modo, los construccionistas sociales han demostrado cómo las normas y valores atribuidos a los grupos objetivo en

muchas estrategias de educación y promoción de la salud sobre el VIH/SIDA en el Reino Unido han respaldado los estereotipos de género (Holland et al., 1990c; Wilton, 1997) y han reforzado la homofobia y prácticas discriminatorias (Treichler, 1989; Watney, 1989). Otro ejemplo, esta vez en Estados Unidos, son las campañas de información de salud del gobierno de Estados Unidos como parte de la denominada "guerra contra la obesidad", que han promovido el mensaje de que la pérdida de peso es simplemente una cuestión de autocontrol. En un contexto en el que el peso y la salud se han relacionado con el patriotismo y la moralidad en Estados Unidos, se ha demostrado que dichas campañas han aumentado significativamente el estigma asociado con el sobrepeso y la obesidad (Garcia, 2007). Un último ejemplo proviene del Reino Unido, donde durante la década de 1980, las campañas de educación sanitaria dirigidas a las "minorías étnicas", como las relacionadas con el raquitismo, el surma y la atención prenatal, se consideraron que habían contribuido a la construcción de estereotipos racistas y al aumento del racismo institucional (Sheiham y Quick, 1982; Pearson, 1986).

Semiótica

Como se ha demostrado anteriormente, una perspectiva construccionista social nos ayuda a pensar críticamente sobre los significados incorporados en las actividades de promoción de la salud. Sin embargo, el significado no solo se encuentra en el lenguaje escrito o hablado, sino que también se inserta en otros medios, como imágenes, sonidos, gestos y objetos. Aquí es donde una vertiente del construccionismo social, conocida como semiótica, puede ser muy útil, ya que muchas iniciativas de promoción de la salud utilizan imágenes como forma principal de comunicación. La semiótica es el estudio de los

signos y símbolos, especialmente los sistemas de comunicación, en un intento de deconstruir sus significados codificados (Chandler, 2008). Incluye signos y símbolos en cualquier medio o modalidad sensorial (por ejemplo, palabras, imágenes, sonidos, gestos y objetos). La semiótica se basa en la premisa de que los signos no solo "transmiten" significados, sino que también constituyen un medio en el que se construyen los significados. Por lo tanto, el objetivo es revelar cómo ciertos valores, actitudes y creencias son respaldados o silenciados dentro de signos y símbolos particulares. El significado se puede dividir en dos niveles dentro de la semiótica: denotación y connotación. "Denotación" se refiere al significado más definitorio, "literal" u "obvio" de un signo, mientras que "connotación" se refiere a las asociaciones socio-culturales, políticas, económicas y "personales" más profundas (ideológicas, socio-políticas, emocionales, etc.) del signo.

Actividad 2.3

En esta actividad analizarás una intervención de promoción de la salud utilizando una perspectiva construccionista social y semiótica. Considera el cartel que se muestra en la Figura 2.1. ¿A quién crees que está dirigido (y qué te hace pensar eso)? ¿Qué te sugiere su ubicación en una ciudad urbana de un país de África subsahariana (y por qué)? ¿Qué mensaje más amplio podría estar esperando transmitir (cómo te hace "saber" esto)? Ahora que has deconstruido brevemente este cartel utilizando el análisis del discurso y la semiótica, pregúntate a ti mismo: ¿En interés de quién se muestra este cartel? ¿Qué falta en él? ¿Qué suposiciones están implícitas en él? ¿Te dice algo sobre las normas sociales más amplias?

Retroalimentación

Figura 2.1: Un cartel gubernamental de concienciación sobre el VIH en la carretera de Jimma Town, Etiopía (fotografía tomada en 2006). Reproducido con permiso de Sasha Andrews, Wellcome Images.

Fuente: Sasha Andrews, Wellcome Images (imagen n.° N0032219: http://wellcomeimages.org/)

El método del análisis del discurso y la semiótica toma el texto y la imagen y "deconstruye" sus significados explícitos e implícitos. Cuando las palabras y la imagen actúan juntas, como en el cartel, tanto la imagen como el texto constituyen el objeto del análisis. Un enfoque semiótico nos invita a considerar dos niveles de significado en una imagen: su denotación, es decir, su significado literal. En este caso, vemos a una mujer y dos hombres, cada uno sosteniendo un ramo de flores y un libro, y vistiendo vestimenta académica formal.

Un segundo nivel es su connotación, es decir, todos los demás atributos que se implican y que dependen del sistema de valores y significados que le otorgamos. Por ejemplo, en este caso, podríamos "saber" que estos tres individuos son estudiantes graduados debido a las togas y los birretes académicos que llevan puestos. También podríamos inferir un sentido de esperanza y optimismo a través de las imágenes de las flores y los brazos levantados en el aire.

Sin el texto, es posible que no podamos "saber" qué mensaje más amplio busca transmitir esta imagen. Sin embargo, tanto el significado literal del texto como la forma en que se presenta nos dan "pistas". Podríamos interpretar que estos tres estudiantes se enfrentan a la decisión de qué les deparará el futuro, una decisión que se percibe como consistente en solo dos opciones: "satisfacción" o "frustración". La "decisión correcta" para un "mañana más brillante" se representa sin lugar a dudas como aquella que abraza la salud, la carrera profesional y la familia.

Puede que te hayas preguntado por qué esta campaña se centra en estudiantes en lugar de otros grupos de edad. Puede que hayas especulado sobre los marcadores aparentes de "satisfacción" y "frustración" y por qué se proporcionan y contrastan ciertas nociones y no otras. También puede que te hayas cuestionado si el futuro es algo que se puede "decidir" y "elegir".

Esto podría sugerir normas sociales más amplias sobre lo que significa ser feliz y exitoso en el mundo, estrechamente relacionadas con nociones de salud personal, logros ocupacionales y obligaciones familiares, y enredadas con ideales de agencia individual. O, por otro lado, una lectura más

benigna podría interpretarlo como la representación de jóvenes capaces de tomar decisiones independientes y responsables sobre su futuro. El texto junto con las imágenes también podrían llevarte a "saber", sin incluir el nombre del país, que el cartel se encuentra en África, ya que todas las personas representadas son de raza negra y el estilo del lenguaje del texto y la referencia al VIH podrían sugerirlo razonablemente. Además, no se muestran personas blancas, y esto, en muchos otros contextos, podría considerarse inapropiado, excluyente e incluso racista.

Otra "capa" de análisis podría hacerte preguntar si hay algún factor común entre las personas que lo interpretan de una manera y las que lo interpretan de otra, y, de ser así, cómo se podrían explicar estas diferencias.

La promoción de la salud como forma de poder disciplinario

Estas capas de análisis a múltiples niveles muestran cómo una perspectiva de construcción social para la promoción de la salud puede llevarnos más allá de simplemente pensar críticamente sobre los conceptos, categorías y definiciones aceptadas utilizadas, y sus supuestos incorporados dentro de los programas de promoción de la salud. También nos insta a examinar críticamente todo el esfuerzo de promoción de la salud en sí mismo y qué papel desempeña, y qué consecuencias puede tener, en la sociedad en general. Una perspectiva de construcción social de la promoción de la salud busca hacer preguntas sobre los objetivos más amplios de la promoción de la salud y si puede considerarse acríticamente como "buena". Los análisis a este nivel han llamado la atención sobre la propensión de la promoción de la salud a actuar como

una forma de regulación social (Armstrong, 1983; Thorogood, 1992; Nettleton y Bunton, 1995).

Aquí, volvemos al trabajo de Foucault y sus ideas sobre las formas modernas de poder. Como se mencionó anteriormente, Foucault consideraba el discurso médico como una forma principal de poder en las sociedades modernas. Para comprender esto completamente y cómo la promoción de la salud podría funcionar como una forma de control social, es necesario apreciar cómo se conceptualiza el funcionamiento del poder en las democracias liberales contemporáneas desde un enfoque foucaultiano. Según Foucault (1980, 1984), las formas modernas de poder operan de manera diferente a las formas tradicionales de poder. Desde esta perspectiva, el poder tradicional se conceptualiza como "soberano" y se considera regresivo y coercitivo, mientras que las configuraciones modernas de poder se ejercen de manera mucho más difusa y típicamente encubierta, funcionando a nivel micro de los individuos. Estas formas modernas de poder, o lo que Foucault denomina "poder disciplinario", funcionan a través de sistemas sociales de conocimiento y práctica que establecen estándares relacionados con la "normalidad" y "anormalidad", lo "saludable" y "no saludable". Operan proporcionando pautas sobre cómo las personas deben comprender, conducir, regular y experimentar sus cuerpos, mentes y subjetividades. El objetivo de estas formas modernas de poder es producir sujetos "obedientes" u "objetos disciplinados" que constantemente se examinen y se ajusten a sí mismos y a otros para cumplir con las normas e ideales que prescribe.

Desde esta perspectiva, a través del establecimiento de normas con respecto a experiencias y comportamientos apropiados y saludables, los programas y tecnologías de promoción de la

salud pueden verse como una forma de poder disciplinario y regulación social. Como expresa Wilbraham (2004: 460):

> Ahora existen redes omnipresentes de autoridades sanitarias, técnicas y prácticas que buscan moldear la conducta de individuos y poblaciones. Por ejemplo, piensa en el seguro médico, los libros de autoayuda, las columnas de consejos, las instrucciones de higiene en las escuelas, el yoga, las clases de aeróbicos, las técnicas de sexo seguro, los exámenes en la consulta del médico, las dietas para diabéticos, y así sucesivamente.

A través de todos estos programas, el discurso y la práctica de la promoción de la salud resultan en una red cada vez más abarcadora de vigilancia y observación. Dicho discurso ha penetrado en la mente de las personas comunes, quienes cada vez más recurren voluntariamente a los vocabularios predominantes de promoción de la salud para interpretar sus propias experiencias y reflexionar, monitorear y pensar en sí mismos. Las personas cada vez más frecuentemente toman decisiones particulares y adoptan comportamientos específicos que son esperados por los discursos de promoción de la salud. De hecho, elecciones y actividades aparentemente subjetivas, como la comida y la alimentación, el sueño, el ocio, los aspectos del mantenimiento corporal, el comportamiento sexual, están cada vez más sujetas a un monitoreo y regulación personal. En última instancia, a medida que las personas quedan atrapadas progresivamente dentro de los discursos de promoción de la salud, buscan activa y fácilmente desarrollar sus estilos de vida, cuerpos, mentes y subjetividades de acuerdo con las configuraciones de verdad predominantes. De hecho, este es un componente fundamental de las formas modernas de poder, que buscan:

> Establecer prácticas voluntarias mediante las cuales los individuos no solo crean para sí mismos las reglas de conducta, sino que también se esfuerzan por transformarse, modificar su ser único... y [así] pensar en su propio ser cuando se reconoce como loco, cuando se considera enfermo, cuando se piensa como un ser viviente, trabajando y hablando, cuando se juzga y castiga a sí mismo como criminal.

(Foucault, 2004: 709)

Todo esto puede parecer implicar que la promoción de la salud es una empresa coercitiva y represiva. Por el contrario, el análisis de Foucault sobre el "poder disciplinario" enfatiza que dicho poder no es necesariamente negativo u opresivo, ni tiene el propósito de coerción y restricción (Lupton, 1997). De hecho, argumentó que lo seductor del poder en las sociedades modernas es que es productivo en lugar de confinante:

> Lo que hace que el poder sea válido, lo que hace que sea aceptado, es simplemente el hecho de que no solo nos pesa como una fuerza que dice no, sino que atraviesa y produce cosas, induce placer, formas de conocimiento, produce discurso. Debe considerarse como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social, mucho más que como una instancia negativa cuya función es la represión.

(Foucault, 1984: 61)

Como tal, es precisamente porque la promoción de la salud intenta mejorar nuestras vidas y hacernos seres más saludables que puede ejercer un poder inmenso.

Actividad 2.4

En esta actividad, explorarás tu propio comportamiento personal relacionado con la salud desde una perspectiva de construcción social utilizando un "Diario de tu día". Haz una lista

de las cosas que haces en un día típico, enumerando todas las actividades en las que participas (voluntariamente) que actualmente forman parte del proyecto de "promoción de la salud".

Retroalimentación

Tu diario podría haber incluido: cepillarte los dientes, tomar una tableta de vitaminas, limitar la cantidad de café que bebes, sentirte culpable (autorregulación) porque has utilizado la escalera mecánica en lugar de las escaleras o has conducido en lugar de caminar hasta tu destino, leer la etiqueta del sándwich que compraste para el almuerzo, decidir cómo preparar tu cena de manera saludable, y así sucesivamente. Echa un vistazo a esto y pregúntate cómo se vería esta lista para alguien hace 50 o 100 años. ¿Cómo podría verse en el futuro (dentro de 5, 10, 20 o 100 años)? De esta manera, podemos "ver" cómo el conocimiento sobre lo que es "normal" y "deseable", y las suposiciones y comportamientos que se basan en él, pueden cambiar fácilmente con el tiempo. Haz una pausa por un momento, ¿esto cambia la forma en que te sientes acerca de tus actividades diarias? ¿Te hace sentir más o tal vez menos inclinado a "disciplinarte" de esta manera?

Resumen

Este capítulo te ha introducido al construccionismo social como una orientación teórica crítica particular, que enfatiza la naturaleza socialmente producida de la realidad y el conocimiento sobre ella. Hemos delineado cómo este marco conceptual se puede aplicar a la noción de salud de dos formas ligeramente diferentes. En primer lugar, situado dentro de una perspectiva sociológica más interpretativa, el construccionismo social enfatiza cómo las conceptualizaciones y experiencias de

la salud y los comportamientos relacionados con la salud están intrínsecamente ligados al contexto, profundamente influenciados por las ideologías predominantes y mediados por el entorno más amplio en el que las personas viven. Desde una perspectiva más crítica, de tipo foucauldiano, una postura construccionista social enfatiza cómo el conocimiento médico y las entidades de enfermedad no simplemente reflejan realidades biológicas "dadas", sino que son producidos por el discurso médico. Este discurso está fundamentalmente moldeado por el razonamiento y las prácticas sociales, culturales y políticas.

Luego examinamos las implicaciones de tal perspectiva para la promoción de la salud. Demostramos cómo un enfoque construccionista social podría ayudar a reintegrar a la "persona" en las actividades de promoción de la salud, lo que a su vez podría mejorar la efectividad potencial de las intervenciones. Esta perspectiva también nos ayuda a pensar críticamente sobre los conceptos, categorías y definiciones utilizadas en los programas de promoción de la salud. Esto es importante para minimizar la posible perpetuación y refuerzo de formas particulares de desigualdad y opresión social y estructural a través del discurso y la práctica de la promoción de la salud. Por último, intentamos presentar la idea de que cuando se ve desde una perspectiva construccionista social, se cuestionan los objetivos y metas más amplios de la promoción de la salud. A la luz de esto, se nos insta a considerar cómo el discurso y la práctica de la promoción de la salud pueden actuar como una forma de regulación social y si necesariamente se puede considerar como "bueno". En última instancia, por muy útiles y beneficiosos que sean los discursos y prácticas de la promoción de la salud, esperamos haber demostrado que sigue siendo una

inmensa forma de poder que transforma cómo pensamos, controla lo que deseamos y modifica cómo nos comportamos. La pregunta que debemos considerar es qué otras formas de ser y qué opciones alternativas podrían estar siendo silenciadas por las tendencias normalizadoras del discurso y la práctica de la promoción de la salud.

Referencias

Adams, S., Pill, R. and Jones, A. (1997) Medication, chronic illness and identity: the perspective of people with asthma, Social Science and Medicine, 45: 189–201.

Aka- Dago- Akribi, H., Desgrees Du Lou, A., Msellati, P., Doussou, R. and Welffens-E kra, C. (1997) Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Cote d'Ivoire, Reproductive Health Matters, 7(13): 20–9.

Armstrong, D. (1983) Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century. Cambridge: Cambridge University Press.

Berger, P. and Luckmann, T. (1966) The Social Construction of Reality. New York: Doubleday.

Bernays, S. and Rhodes, T. (2009) Experiencing uncertain HIV treatment delivery in a transitional setting: qualitative study, AIDS Care, 21(3): 315–21.

Bhopal, R.S. (1997) Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science?, British Medical Journal, 314(7096): 1751–6.

Bunton, R. and Petersen, A. (eds.) (1997) Foucault, Health and Medicine. London: Routledge.

Burr, V. (2003) Social Constructionism (2nd edn.). London: Routledge.

Bury, M.R. (1986) Social constructionism and the development of medical sociology, Sociology of Health and Illness, 8: 137–69.

Campbell, C. (2003) 'Letting Them Die': Why HIV/AIDS Prevention Programmes Fail. Oxford: James Currey.

Campbell, C. (2004) The role of collective action in the prevention of HIV/AIDS in South Africa, in D. Hook (ed.) Critical Psychology. Cape Town: UCT Press.

Chandler, D. (2008) Semiotics for Beginners. Available at: http://www.aber.ac.uk/media/Documents/S4B/ sem06.html [accessed 18 October 2012].

Charles, N. (1993) Gender Divisions and Social Change. Brighton: Harvester.

Crawford, R. (1994) The boundaries of the self and the unhealthy other: refl ections on health, culture and AIDS, Social Science and Medicine, 38: 1347–65.

Crawford, R. (2006) Health as a meaningful social practice, Health, 10(4): 401–20.

Crewe, M. and Aggleton, P. (2003) Racism, HIV/AIDS and Africa: some issues revisited, South African Journal of International Affairs, 10: 139–49.

Davies, M. (1997) Shattered assumptions: time and the experience of long-t erm HIV positivity, Social Science and Medicine, 44(5): 561–71.

Dyer, S.J., Abrahams, N., Hoffman, M. and van der Spuy, Z.M. (2002) ‘Men leave me as I cannot have children’:

women’s experiences of involuntary childlessness, Human Reproduction, 17(6): 1663–8.

Ezzy, D. (2000) Illness narratives: time, hope and HIV, Social Science and Medicine, 50: 605–17.

Fagerlind, H., Ring, L., Brülde, B., Feltelius, N. and Lindblad, A.K. (2010) Patients’ understanding of the concepts of health and quality of life, Patient Education and Counselling, 78: 104–10.

Foucault, M. (1977) Discipline and Punish: The Birth of the Prison. New York: Vintage.

Foucault, M. (1980) Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972–1977. New York: Pantheon.

Foucault, M. (1984) Truth and power, in P. Rabinow (ed.) The Foucault Reader: An Introduction to Foucault’s Thoughts. London:Penguin.

Foucault, M. (2004) Anthologie. Paris: Gallimard.

Garcia, K. K. (2007) The fat fi ght: the risks and consequences of the Federal Government’s failing public health campaign, Faculty Scholarship Series, Paper #11. Available at: http://digitalcommons.law.yale.edu/ fss_papers/11 [accessed 18 October 2012].

Gergen, K.J. (1999) An Invitation to Social Construction. London: Sage.

Graham, H. (1987) Women's smoking and family health, Social Science and Medicine, 25(1): 47–56.

Hare-M ustin, R. and Marecek, J. (1997) Abnormal and clinical psychology: the politics of madness, in D. Fox and I. Prilleltensky (eds.) Critical Psychology: An Introduction. London: Sage.

Holland, J., Ramazanoglu, C. and Scott, S. (1990a) Managing risk and experiencing danger: tensions between government AIDS policy and young women's sexuality, Gender and Education, 2(2): 193–202.

Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharp, S. and Thompson, R. (1990b) Don't die of ignorance: I nearly died of embarrassment, Paper presented to the Fourth Social Aspects of AIDS Conference, London.

Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S. and Thomson, R. (1990c) Sex, gender and power: young women's sexuality in the shadow of AIDS, Sociology of Health and Illness, 12: 336–50.

Jacobus, M., Fox Keller, E. and Shuttleworth, S. (1990) Body/Politics: Women and the Discourses of Science. London: Routledge.

Jordanova, L. (1995) The social construction of medical knowledge, Social History of Medicine, 8(3): 361–81.

Karp, D.A. (1996) Speaking of Sadness: Depression, Disconnection and the Meaning of Illness. New York: Oxford University Press.

Klitzman, R. and Beyer, R. (2003) Mortal Secrets: Truth and Lies in the Age of AIDS. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Krieger, N. (2000) Refi guring 'race': epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations, International Journal of Health Services, 30(1): 211–16.

Lupton, D. (1997) Foucault and the medicalisation critique, in R. Bunton and A. Petersen (eds.) Foucault, Health and Medicine. London: Routledge.

Lupton, D. (2000) The social construction of medicine and the body, in G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick and S.C. Scrimshaw (eds.) The Handbook of Social Studies in Health and Medicine. London: Sage.

Myer, L. and Morroni, C. (2005) Supporting the sexual and reproductive rights of HIV- infected individuals, South African Medical Journal, 95: 852–3.

Nettleton, S. and Bunton, R. (1995) Sociological critiques of health promotion, in R. Bunton, S. Nettleton and R. Burrows (eds.) The Sociology of Health Promotion: Critical Analysis of Lifestyle Consumption and Risk. London: Routledge.

Pearson, M. (1986) Racist notions of ethnicity and health, in S. Rodmell and A. Watt (eds.) The Politics of Health Education. London: Routledge & Kegan Paul.

Peyrot, M., McMurry, J.F. and Hedges, R. (1987) Living with diabetes, in J.A. Roth and P. Conrad (eds.) The Experience and Management of Chronic Illness. Greenwich, CT: JAI Press.

Sabatier, R. (1988) Blaming Others: Prejudice, Race and Worldwide AIDS. Washington, DC: Panos Institute.

Schneider, J.W. and Conrad, P. (1983) Having Epilepsy: The Experience and Control of Illness. Philadelphia, PA: Temple University Press.

Schulze, B. and Angermeyer, M.C. (2003) Subjective experiences of stigma: a focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals, Social Science and Medicine, 56: 299–312.

Shefer, T. and Foster, D. (2001) Discourses on women's (hetero)sexuality and desire in a South African local context, Culture, Health and Sexuality, 3: 375–90.

Sheiham, H. and Quick, A. (1982) The Rickets Report. London: Haringey CHC and CRC.

Shoveller, J.A., Johnson, J.L., Langillec, D.B. and Mitchell, T. (2004) Socio-c ultural infl uences on young people's sexual development, Social Science and Medicine, 59: 473–87.

Smith, G., Bartlett, A. and King, M. (2004) Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s – an oral history: the experience of patients, British Medical Journal, 328(7437): 427–9.

Stillwaggon, E. (2003) Racial metaphors: interpreting sex and AIDS in Africa, Development and Change, 34(5): 809–32.

Thorogood, N. (1992) Sex education as social control, Critical Public Health, 3(2): 43–50.

Thorogood, N. (1995) 'London dentist in HIV scare': HIV and dentistry in popular discourse, in R. Bunton, S. Nettleton and R.

Burrow (eds.) The Sociology of Health Promotion: Critical Analysis of Lifestyle Consumption and Risk. London: Routledge.

Treichler, P.A. (1989) AIDS, homophobia, and biomedical discourse: an epidemic of signifi cation, in D. Crimp (ed.) AIDS: Cultural Analysis, Cultural Activism. Cambridge, MA: MIT Press.

Turner, B.S. (1995) Medical Power and Social Knowledge (2nd edn.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Ussher, J.M. (1991) Women's Madness: Misogyny or Mental Illness?. New York: Harvester Wheatsheaf.

Ussher, J.M. (1996) Premenstrual syndrome: reconciling disciplinary divides through the adoption of a material-d iscursive epistemological standpoint, Annual Review of Sex Research, 7: 218–51.

Watney, S. (1989) The spectacle of AIDS, in D. Crimp (ed.) AIDS: Cultural Analysis, Cultural Activism. Cambridge, MA: MIT Press.

Wilbraham, L. (2004) Discursive practice: analysing a Lovelines text on sex communication for parents, in D. Hook (ed.) Critical Psychology. Cape Town: UCT Press.

Williams, D.R., Lavizzo-M ourey, R. and Warren, R.C. (1994) The concept of race and health status in America, Public Health Reports, 109(1): 25–41.

Wilton, T. (1997) EnGendering AIDS: Deconstructing Sex, Text and Epidemic. London: Sage.

Wilton, T. and Aggleton, P. (1990) Condoms, coercion and control: heterosexuality and the limits to HIV/AIDS education,

Paper presented to the Fourth Social Aspects of AIDS Conference, London.

Wood, C. and Foster, D. (1995) ‘Being the type of lover . . .’: gender- differentiated reasons for non-u se of condoms by sexually active heterosexual students, Psychology in Society, 20: 13–35.

Lecturas adicionales

Bunton, R. and Petersen, A. (eds.) (1997) Foucault, Health and Medicine. London: Routledge.

Bunton, R., Nettleton, S. and Burrows, R. (eds.) (1995) The Sociology of Health Promotion (Part II: Socio-p olitical Critiques of Health Promotion). London: Routledge.

Burr, V. (1995) An Introduction to Social Construction. London: Routledge.

Chandler, D. (2008) Semiotics for Beginners. Available at: http://www.aber.ac.uk/media/Documents/S4B/ sem06.html.

Conrad, P. and Barker, K.K. (2010) The social construction of illness: key insights and policy implications, Journal of Health and Social Behavior, 51: 67–79.

Evans, J. and Hall, S. (1999) Introduction, in J. Evans and S. Hall (eds.) Visual Culture: The Reader. London: Sage.

Hall, S. (1997) The work of representation, in S. Hall (ed.) Representation: Cultural Representations and Signifying Practices. London: Sage in association with the Open University (in particular pp. 13–39).

Lorber, J. (1997) Gender and the Social Construction of Illness. Thousand Oaks, CA: Sage.

Nikolas, R. (2006) Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-F irst Century. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Roth, J.A. and Conrad, P. (eds.) (1987) The Experience and Management of Chronic Illness. Greenwich, CT: JAI Press.

Turner, B.S. (1995) Medical Power and Social Knowledge (2nd edn.). Thousand Oaks, CA: Sage.

3. ¿Qué impulsa la promoción de la salud? - Wendy Macdowall, Ford Hickson y Mark Petticrew

Resumen

Este capítulo explora dos preguntas. Primero, ¿por qué se priorizan algunos problemas de salud sobre otros? Segundo, ¿cómo se formulan las respuestas políticas a esos problemas? Al hacerlo, el capítulo analiza los complejos procesos que determinan las necesidades a las que la promoción de la salud busca abordar, cuáles prioriza y qué forma toma. Presta especial atención a cómo los valores, la teoría y la evidencia influyen en el proceso de establecer prioridades para la promoción de la salud.

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, podrás:

• Identificar factores importantes para los procesos de formación de políticas en la promoción de la salud.

• Comparar los desafíos y oportunidades presentados por el movimiento basado en la evidencia en salud pública y promoción de la salud.

• Pensar críticamente sobre la naturaleza de la evidencia y cómo se genera, difunde, interpreta y utiliza.

Términos clave

Evidencia: El conjunto de hechos o información disponibles que indican si una creencia o proposición es verdadera o válida (Diccionario Oxford de Inglés).

Medicina basada en la evidencia: El uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones sobre la atención de pacientes individuales (Sackett et al., 1996).

Salud pública basada en la evidencia: El uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones sobre la atención de comunidades y poblaciones en el ámbito de la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el mantenimiento y mejora de la salud (Jenicek, 1997).

Política: Un curso o principio de acción adoptado o propuesto por una organización o individuo (Diccionario Oxford de Inglés).

Agenda política: La lista de temas o problemas a los que los funcionarios del gobierno y quienes están cerca de ellos prestan seria atención (Kingdon, 2002: 98).

Introducción

En la promoción de la salud y el bienestar, existen muchos problemas diferentes a los que los gobiernos podrían atender. Esto plantea las preguntas de por qué y cómo se toman medidas sobre algunos problemas y no sobre otros, y por qué y cómo se priorizan algunos problemas sobre otros. Una forma sencilla de conceptualizar estas preguntas es considerar dos ejes, uno de necesidad y otro de acción (ver Figura 3.1). Si todas las demás cosas fueran iguales, podríamos esperar razonablemente que los gobiernos sean más propensos a tomar medidas a medida que se identifica una mayor necesidad. También podríamos esperar que lo contrario sea cierto: cuando hay poca evidencia de necesidad (o evidencia de poca necesidad), la probabilidad de que el gobierno tome medidas

para satisfacer esa necesidad es baja. En muchos casos, esto es cierto. Por ejemplo, en 2011, el Departamento de Salud de Inglaterra expresó su compromiso de abordar la obesidad como una de las principales causas de diabetes, enfermedad coronaria y cáncer, que contribuyen significativamente a la carga total de enfermedad y los costos de atención médica (Departamento de Salud, 2011). Sin embargo, existen numerosas situaciones en las que ocurre la inacción del gobierno frente a una necesidad relativamente alta y situaciones en las que ocurre la acción del gobierno a pesar de una necesidad relativamente baja. Por ejemplo, durante la década de 1990 y principios de la década de 2000, el Gobierno de Sudáfrica fue ampliamente criticado por no tomar medidas para abordar la creciente crisis del VIH en el país.

Figura 3.1 Matriz de acción y necesidad

Por lo tanto, está claro que la simple evidencia de la carga de enfermedad no se traduce automáticamente en acciones de salud pública. Las razones de esto son variadas y complejas e incluyen problemas relacionados con: (1) cómo se comprenden las causas de la "necesidad"; (2) cómo se percibe a aquellos "en necesidad"; (3) cómo se conceptualiza abordar la "necesidad"; y (4) interpretaciones de la base de evidencia y sus deficiencias. Al explorar estos problemas, las definiciones son importantes: ¿cómo se define la necesidad? ¿Es un alto nivel de enfermedad suficiente evidencia de la necesidad de tomar medidas? ¿De quiénes son estas necesidades? ¿Cuáles necesidades son más importantes? ¿Quién tiene la autoridad para decidir estas preguntas? Todas estas preguntas tienen dimensiones políticas y éticas. También es importante cómo se resuelven los intereses a menudo enfrentados de diferentes actores, quienes también pueden tener sus propios valores políticos y éticos firmemente arraigados. Los aspectos políticos y éticos de la promoción de la salud se consideran con más detalle en el Capítulo 4 de este libro.

El proceso de políticas

Para comprender por qué se priorizan algunos problemas de salud sobre otros y cómo se formulan las respuestas a esos problemas, es necesario comprender cómo se elaboran, adoptan e implementan las políticas, y los factores que influyen en ellas. El proceso de desarrollo de políticas no siempre es suave y racional. De hecho, se ha descrito la formulación de políticas públicas como "extraordinariamente complicada" (Kingdon, 2002: 97). Kingdon argumenta además que tiene "una especie de estructura, pero hay mucho espacio para la complejidad, la incertidumbre, la fluidez y la aleatoriedad residual" (p. 97).

Se han desarrollado varios marcos y modelos diferentes para analizar y/o describir la formulación de políticas. Walt (1994) introduce el triángulo de políticas de salud para ayudarnos a pensar de manera sistemática en los diferentes factores que pueden afectar a las políticas. Se centra en las tres dimensiones de contenido (de la política), contexto (en el que se produce la formulación de políticas) y proceso (de la formulación de políticas). Dentro del triángulo se encuentran los actores involucrados (individuos, grupos, organizaciones).

Un marco común para la formulación de políticas distingue cuatro etapas distintas, cada una con su propio conjunto de preguntas (ver Cuadro 3.1).

Cuadro 3.1 Etapas del proceso de políticas

Etapa 1: Identificación del problema y reconocimiento del asunto
¿Cómo se incluyen los asuntos en la agenda política? ¿Por qué algunos asuntos ni siquiera se discuten?
Etapa 2: Formulación de políticas
¿Quién formula la política? ¿Cómo se formula? ¿De dónde provienen las iniciativas?
Etapa 3: Implementación de políticas
¿Quién debe actuar de manera diferente? ¿Qué recursos están disponibles? ¿Quién debería estar involucrado? ¿Cómo se puede hacer cumplir la implementación?
Etapa 4: Evaluación de políticas
¿Qué sucede una vez que se implementa una política? ¿Se monitorea? ¿Logra sus objetivos? ¿Tiene consecuencias no deseadas? ¿Se mantiene o se abandona?

Fuente: Adaptado de Walt (1994).

Este marco puede ser tanto descriptivo (es lo que sucede) como prescriptivo (es lo que debería suceder). En la práctica, hasta qué punto se siguen estas etapas en un conjunto lógico y secuencial de pasos es motivo de debate. También vale la pena señalar que los modelos suelen presentar el proceso de políticas como lineal, mientras que en la práctica las políticas pueden quedar estancadas en cualquier etapa del proceso o pueden ser apartadas o abandonadas. Por lo tanto, los modelos del proceso de políticas siempre deben considerarse versiones idealizadas de la realidad.

Existen tres modelos principales que abordan la formulación de políticas racionales: el modelo racional, el incremental y el de escaneo mixto. El modelo racional, como sugiere su nombre, propone que una vez identificado un problema, los formuladores de políticas (deben) recopilar y evaluar sistemáticamente diversas opciones de políticas y sus posibles resultados, y luego seleccionar la opción que es más probable que aborde sus objetivos. Sin embargo, hay muchos factores que limitan a los formuladores de políticas a comportarse de manera racional. Walt (1994) identificó cuatro factores principales: (1) el desafío de definir el problema, ya que a veces no está claro cuál es el problema específico; (2) el desafío de evaluar las opciones de política alternativas en ausencia de información definitiva; (3) el hecho de que los formuladores de políticas en sí mismos no son objetivos, ya que sus propios valores influirán en cómo conceptualizan tanto los problemas como las posibles soluciones; y (4) que las políticas anteriores influirán y potencialmente limitarán las opciones de política actuales. Estos factores juntos significan que algunas áreas con necesidades conocidas no reciben atención, y a veces se toman medidas cuando hay poca o ninguna evidencia de necesidad.

Una alternativa al modelo racional del proceso de políticas es el del incrementalismo. Según Lindblom (1959), las limitaciones de los formuladores de políticas les impiden evaluar todas las pruebas y considerar toda la gama de opciones de políticas. En la práctica, solo consideran un número limitado de alternativas que no difieren radicalmente del statu quo. Describe el proceso como una especie de improvisación y de estar influenciado por el ajuste mutuo partidista (la posición y reubicación de diversas partes interesadas). Según Lindblom, lo que es políticamente posible suele ser solo incrementalmente diferente de lo que ocurrió antes. Para que la política progrese, los formuladores de políticas deben ponerse de acuerdo sobre una dirección a seguir. Cuando todos los actores están en desacuerdo o cuando hay dos lados poderosos pero opuestos, la política se "estanca" y se vuelve imposible avanzar. Desde esta perspectiva, la medida de una buena decisión es el grado en que los tomadores de decisiones están de acuerdo con ella. Este modelo de formulación de políticas tiene sus propios problemas. Mientras que el modelo racional es criticado por ser demasiado idealista, el modelo incrementalista es criticado por su conservadurismo. Se argumenta que dentro de este modelo no es posible realizar los cambios drásticos que a menudo se requieren para lograr avances significativos en salud.

Reconociendo el idealismo del enfoque racional y el conservadurismo del enfoque incrementalista, se ha propuesto una posición intermedia, la del escaneo mixto, propuesta por Etzioni (1967). El término "escaneo" se refiere a una serie de actividades realizadas para ayudar en la toma de decisiones, incluyendo la búsqueda, recopilación y evaluación de información. En el escaneo mixto, las decisiones se clasifican en dos niveles, a saber, decisiones fundamentales (macro) y

decisiones pequeñas (micro). El modelo propone que una buena toma de decisiones de políticas utiliza diferentes grados de escaneo para diferentes niveles y que no todas las decisiones requieren la misma evaluación exhaustiva de la evidencia. Algunas decisiones macro se pueden tomar sin conocer todos los detalles micro de las implicaciones de esa decisión.

Proceso de establecimiento de la agenda política

Kingdon (2002) propone que hay tres corrientes en la formulación de políticas que ocurren simultáneamente y en conjunto: problemas, propuestas y política. Esta es una forma de conceptualizar los procesos en juego para limitar la lista de los problemas que realmente son el foco de atención, conocido como establecimiento de la agenda política. Describe cómo las tres corrientes fluyen alrededor de los gobiernos en gran medida de manera independiente entre sí (ver Recuadro 3.2). Argumenta que "las propuestas se generan tanto si los formuladores de políticas están resolviendo un problema como si no lo están, los problemas se reconocen tanto si hay una solución como si no la hay y los eventos políticos avanzan de acuerdo con su propia dinámica" (Kingdon, 2002: 98). A continuación, argumenta que hay momentos críticos de oportunidad en los que las tres corrientes se alinean para abrir una "ventana de políticas". Los llamados emprendedores políticos pueden aprovechar la apertura de una ventana de políticas para impulsar su problema o su solución.

Recuadro 3.2 Corrientes de establecimiento de la agenda de Kingdon

> Corriente de problemas: donde se identifican y problematizan los problemas. Tiene elementos objetivos y subjetivos. Objetivamente, los cambios en los indicadores de varios comportamientos y resultados de salud pueden llamar la atención sobre ciertos problemas. También pueden haber ciertos "eventos de enfoque", como un avance científico que atrae la atención de los medios de comunicación. Sin embargo, también hay un proceso más subjetivo de interpretación que convierte algo en un "problema" del que sentimos que debemos hacer algo al respecto. Esta interpretación está influenciada por cómo se enmarcan los problemas y si entran en conflicto con los valores predominantes.
> Corriente de propuestas: donde se crean y perfeccionan las propuestas de políticas. Muchos actores, incluyendo funcionarios públicos, políticos, investigadores, grupos de interés, activistas y analistas de políticas, todos contribuyen con ideas que tienen potencial político. Se argumenta que cómo se seleccionan las ideas es análogo a la sopa primordial: "Las ideas, como las moléculas, chocan entre sí, se combinan y recombinan de varias maneras... En el proceso de evolución de políticas, algunas ideas se desvanecen, otras sobreviven y prosperan, y algunas son seleccionadas para convertirse en serias contendientes para su adopción" (p. 101). ,
> Corriente política: donde las características del entorno político influyen en la agenda política, como los cambios de gobierno, los cambios en la opinión pública y la presión de los grupos de interés.

Fuente: Adaptado de Kingdon (2002).

Actividad 3.1

Identifica un problema de salud que haya cobrado relevancia recientemente en tu país. Utilizando el modelo de agenda-

setting de Kingdon (2002), ¿puedes identificar los factores de las corrientes de problema, propuesta y política que influyeron en por qué el problema se incluyó en la agenda o se destacó en ella?

Retroalimentación

En la corriente del problema, es posible que hayas identificado la publicación de estadísticas o indicadores de salud a nivel regional, nacional o internacional, o la publicación de una importante investigación. También puede ser que haya habido una crisis, como un brote de una enfermedad. En la corriente de propuesta, es posible que hayas identificado la publicación de un informe influyente o de orientación que ofrece opciones de políticas, o alguna actividad de políticos clave o funcionarios públicos (por ejemplo, una conferencia de alto perfil). En la corriente política, es posible que hayas identificado un cambio de gobierno, un cambio en la opinión pública sobre el problema o las acciones de grupos de interés o de defensores individuales. Kingdon sostiene que los gobiernos solo toman en serio los problemas cuando las tres corrientes se combinan.

Hall et al. (1975) han propuesto un modelo alternativo de agenda-setting. Este modelo sugiere que un problema solo recibirá atención cuando tenga altos niveles de legitimidad, factibilidad y apoyo. La legitimidad se refiere a aquellos problemas en los que el gobierno siente que debería preocuparse o tiene el derecho de intervenir. Estos varían considerablemente entre países y dentro de los países. Hay muchos problemas en los que los límites de lo que es aceptable para que el Estado intervenga, y la naturaleza de dicha intervención, son ampliamente debatidos. Por ejemplo, el grado en que el Estado debe actuar en la economía varía

enormemente entre diferentes países. Algunas personas creen que el Estado tiene poco o ningún papel en la economía (por ejemplo, los defensores del libre mercado), mientras que otros piensan que el Estado debe intervenir en temas como las tasas de interés, la banca y los monopolios. Otras áreas en las que el papel del Estado está fuertemente disputado incluyen la vida familiar, la religión, la educación, los medios de comunicación y la salud. La factibilidad se refiere al grado en que el gobierno siente que tiene la capacidad y los recursos para abordar el problema. Por último, el apoyo se refiere al respaldo público a la intervención. Aunque algunos tipos de regímenes políticos dependen menos del apoyo público, como las dictaduras, incluso en estos regímenes existe la necesidad de contar con el respaldo de políticas entre grupos clave, como las fuerzas armadas (Buse et al., 2012).

La importancia del apoyo público

Un problema difícil para cualquier gobierno en relación con la política de promoción de la salud, y central para la cuestión del apoyo público, es hasta qué punto es aceptable intervenir en la vida de las personas para promover su propia salud o la de otros. Richard Reeves, en su informe de 2010 al Gobierno del Reino Unido sobre el papel del Estado en la salud y el bienestar, argumenta: "La buena salud es un ingrediente vital de una buena vida, pero también lo es la libertad" (Reeves, 2010: 4). Realizó investigaciones cualitativas con miembros del público y descubrió que las personas son más propensas a apoyar acciones en cuestiones de políticas donde se protege la libertad de elección y donde existe un sólido argumento para la intervención porque se considera que hay evidencia sólida que la justifica. Su investigación también resaltó el deseo del público de que el gobierno actúe para facilitar elecciones más

saludables mediante la regulación de la industria. Esto sugiere que es más aceptable para el público británico regular la industria que regular su propio comportamiento. También puede indicar dónde ve el público la responsabilidad de algunos problemas de salud y destaca el papel de la industria como un actor clave en el proceso político.

Incluso cuando las políticas de promoción de la salud se dirigen a grupos específicos en lugar de buscar llegar a toda la población, el apoyo público sigue siendo importante. Uno de los factores que influyen en el apoyo público a intervenciones más específicas, y por lo tanto en la probabilidad y naturaleza de la intervención, es cómo el público percibe a las personas afectadas. La respuesta política al VIH/SIDA es un ejemplo claro. Watney (1997) y otros han argumentado que en el Reino Unido en la década de 1980 hubo una respuesta limitada de salud pública a los casos de SIDA mientras parecía confinado a "homosexuales y adictos".

Reeves (2010) concluye que el gobierno debería hacerse tres preguntas antes de intervenir. La primera se relaciona con la legitimidad y pregunta ¿cuán sólido es el argumento para la intervención? La segunda se relaciona con la autonomía individual y pregunta ¿cómo puede responder el Estado de manera que proteja (o aumente) la autonomía? La tercera se relaciona con la efectividad y pregunta ¿funcionará? Este resumen puede sonar sumamente sensato superficialmente, pero los conceptos de legitimidad, autonomía y efectividad son todos controvertidos y cargados de valores. También es importante tener en cuenta que, si bien en principio estas preguntas pueden ser aplicables a otros contextos, se han construido en el contexto del Reino Unido. El principio ético de la autonomía se analiza en el Capítulo 4 de este libro. Aquí,

ahora nos enfocamos en el papel de la evidencia y en particular en el concepto de toma de decisiones basada en evidencia, que son fundamentales para las preguntas de legitimidad y efectividad.

El papel de la evidencia

El movimiento basado en la evidencia comenzó en el campo de la medicina a principios de la década de 1990. En su núcleo, se encuentra el principio de que las decisiones clínicas deben tomarse "en base a los mejores datos científicos disponibles, en lugar de prácticas habituales o creencias personales del proveedor de atención médica" (Des Jarlais et al., 2004: 361). La medicina basada en la evidencia también reconoce que muchas decisiones en atención médica se han tomado simplemente por conveniencia o porque de alguna manera benefician al proveedor (por ejemplo, son menos costosas). El concepto de medicina basada en la evidencia ha ganado importancia desde su inicio y ahora existen movimientos similares en salud pública, promoción de la salud y muchos otros campos de políticas públicas. Esta proliferación del concepto se basa en la idea de que, al igual que los profesionales de la salud, aquellos involucrados en iniciativas políticas o en la gestión de programas también deben basar sus decisiones en la mejor información científica disponible. Sin embargo, esto plantea preguntas sobre la naturaleza de la evidencia, que incluyen: ¿Qué se considera "evidencia"? ¿Cuál es la "mejor" evidencia? Esto, a su vez, plantea preguntas sobre la investigación que respalda esa evidencia: ¿Cómo se financia la investigación y por quién? ¿Cómo se genera y por quién? ¿Cómo se interpreta y por quién? ¿Cómo se utiliza y por quién?

Actividad 3.2

¿Qué tipos diferentes de evidencia pueden ayudar a informar la toma de decisiones en políticas y prácticas de promoción de la salud? Recuerda que la evidencia consiste en hechos o información que respalda o refuta una creencia.

Retroalimentación

Es probable que hayas pensado en cómo la evidencia puede ayudar tanto a identificar problemas y sus causas como a sugerir la mejor manera de abordarlos. Brownson et al. (2009) sugiere tres tipos de evidencia. El primer tipo de evidencia indica que "algo debe hacerse" (define las causas de la enfermedad y el tamaño y la fuerza de los riesgos prevenibles); el segundo tipo indica que "específicamente esta intervención debe hacerse" (describe la efectividad relativa de diferentes intervenciones); y el tercer tipo indica "cómo se debe hacer algo" (informa sobre la implementación de intervenciones). Hay más evidencia del primer tipo y menos de los tipos segundo y tercero (Brownson et al., 2009). Esto significa que conocemos más problemas que soluciones.

Tipos de evidencia (o jerarquías de evidencia)

Desde el establecimiento de la medicina basada en la evidencia, ha habido un considerable debate sobre lo que constituye "evidencia" y cuál es la "mejor" evidencia. Debates paralelos han tenido lugar en relación con la salud pública basada en la evidencia y la promoción de la salud. La Figura 3.2 proporciona un ejemplo de una jerarquía sugerida basada en la objetividad relativa de diferentes tipos de evidencia. En la medicina basada en la evidencia, los ensayos controlados aleatorios ocupan el primer lugar en la jerarquía de diseños de

investigación para evaluar la efectividad, y las revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios se consideran la forma más sólida de evidencia de efectividad. Se han realizado varias distinciones entre la medicina basada en la evidencia y la salud pública basada en la evidencia y la promoción de la salud, y una de las preguntas que se ha debatido intensamente es si el "modelo" de medicina basada en la evidencia, que valora los ensayos controlados aleatorios y las revisiones sistemáticas, se "ajusta" al mundo de las intervenciones sociales. Se ha argumentado que la renuencia a aplicar los principios de la medicina basada en la evidencia a la salud pública y la promoción de la salud se basa en varios conceptos erróneos y malentendidos (Macintyre y Petticrew, 2000).

Tannahill (2008) identifica tres problemas particulares relacionados con la evidencia de efectividad en la promoción de la salud. Estos problemas son la demanda, el sesgo y la insuficiencia. En cuanto a la demanda de evidencia de efectividad, Tannahill sostiene que existen tantos temas de salud (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad, salud sexual y salud mental), temas de comportamiento (por ejemplo, tabaquismo, dieta, consumo de alcohol y actividad física), etapas de la vida (por ejemplo, preconcepción, embarazo, primeros años, adolescencia, mediana edad y vejez), entornos (por ejemplo, escuelas, lugares de trabajo, atención social) y temas transversales (por ejemplo, los determinantes sociales y las desigualdades en salud), combinados con diferentes niveles de acción (por ejemplo, individual, comunitario y ambiental), que nunca habrá evidencia de efectividad sobre todas las posibles intervenciones. En relación con el sesgo en la evidencia de

efectividad, Tannahill sugiere que "el enfoque convencional [derivado de la medicina basada en la evidencia] ha dejado un legado de sesgo en la búsqueda y suministro de evidencia de efectividad hacia intervenciones relacionadas con temas de salud o factores de riesgo específicos y en las 'capas internas' de la cebolla de mejora de la salud" (Tannahill, 2008: 382). En cuanto a la insuficiencia de la evidencia de efectividad, argumenta que "las acciones y tipos de acción para los cuales la evidencia es más sólida no necesariamente son las más importantes para lograr ganancias en salud poblacional y reducir las desigualdades en salud" (ibíd.). En resumen, la mejor evidencia que tenemos se refiere a las intervenciones más simples. Tenemos menos evidencia, o evidencia más débil, sobre intervenciones complejas (como políticas), pero los encargados de formular políticas suelen estar más interesados en preguntas complejas. Esto también se ha denominado la "ley de la evidencia inversa" (Nutbeam, 2004).

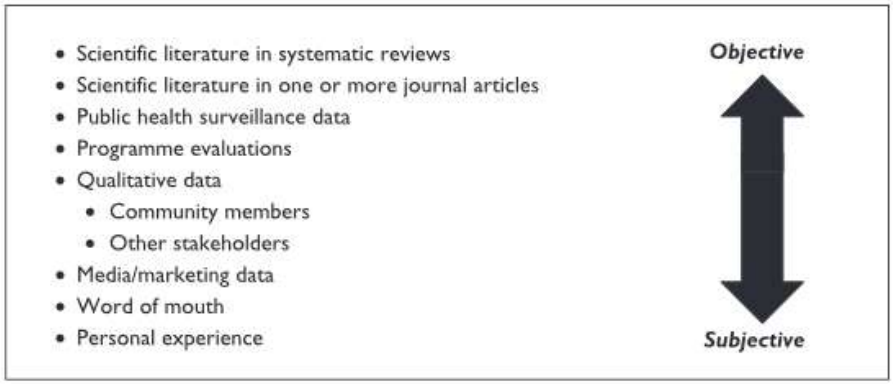


Figura 3.2 Diferentes formas de evidencia en salud pública. Fuente: Brownson et al. (2009).

Además de las preguntas sobre la efectividad, cada vez se reconoce más la necesidad de considerar las preguntas de contexto. Estas preguntas incluyen cómo funcionan las intervenciones, por qué funcionan y para quiénes funcionan. En 2011, Waters y sus colegas detallaron los componentes esenciales de las revisiones de evidencia en salud pública y promoción de la salud. Los autores argumentan que "si las revisiones de evidencia de las intervenciones van a ser útiles para los tomadores de decisiones, la información contextual y de implementación es un componente esencial e irrenunciable del proceso de revisión" (Waters et al., 2011: 462). Luego, hacen varias recomendaciones para asegurar que las revisiones de evidencia en salud pública y promoción de la salud sean útiles para los tomadores de decisiones, como involucrar a los interesados al delimitar la revisión, comprender las vías en funcionamiento y los fundamentos teóricos de la evidencia, y recopilar información sobre la implementación del programa durante el proceso de revisión (Waters et al., 2011).

Uso de la evidencia por parte de los formuladores de políticas

En la práctica, cómo se utilizan los hallazgos de investigación y qué significa realmente utilizar la investigación para informar la política y la práctica varía considerablemente (Weiss, 1979). Diferentes modelos de utilización de la investigación reconocen que la interpretación lineal del uso basado en el conocimiento, que va desde la investigación básica hasta la investigación aplicada y la aplicación, rara vez ocurre en la realidad. Un modelo más comúnmente aplicado, que también es lineal, es el modelo de resolución de problemas o de déficit de conocimiento, en el que existe un problema o se ha hecho un compromiso de "hacer algo", pero falta información sobre la

solución y se busca activamente. Otros dos modelos, que parecen reflejar el proceso a menudo desordenado y no lineal de la formulación de políticas descrito anteriormente, son el modelo interactivo y el modelo de iluminación. El modelo interactivo reconoce que hay muchas piezas en el rompecabezas de la política y que la investigación es solo una parte. El modelo de iluminación sugiere que, en la práctica, la investigación "se difunde de manera indirecta a través de múltiples canales" (Weiss, 1979: 429) y con el tiempo ingresa al ámbito de la política. Sin embargo, se argumenta que este mecanismo no directo hace que los hallazgos de investigación sean susceptibles tanto a la simplificación excesiva como a la distorsión (Weiss, 1979). La evidencia también se utiliza, y se abusa, de otras formas. Puede ser utilizada para alcanzar objetivos políticos, donde los hallazgos de investigación se seleccionan selectivamente y se utilizan para respaldar una decisión ya tomada, lo cual Weiss (1979) describe como "investigación como munición". También puede ser utilizada tácticamente, por ejemplo, para transferir la responsabilidad de políticas impopulares.

Ya sea que la investigación se utilice con fines puramente políticos o no, es importante reconocer el papel central de la política en cualquier comprensión de la interfaz entre la investigación y la política. En primer lugar, las decisiones sobre qué investigación se financia pueden tomarse por razones políticas en lugar de científicas. Además, si los hallazgos de investigación se llevan a cabo y resultan en cambios en la política y la práctica, es esencialmente el ámbito de la política. Como lo expresa Oliver (2006: 195), "La ciencia puede identificar soluciones a problemas urgentes de salud pública, pero solo la política puede convertir la mayoría de esas

soluciones en realidad". Esto no significa que el proceso no pueda ser influenciado por académicos u otras personas que generen la investigación o por otros actores en el proceso político, pero sí significa que esto es inherentemente una empresa política.

La investigación realizada con formuladores de políticas para explorar cómo la evidencia informa la formulación de políticas de salud pública ha destacado algunos temas comunes que dificultan que la investigación informe la política (Petticrew et al., 2004; Rychetnick y Wise, 2004). Estos incluyen:

- Los investigadores carecen de comprensión de las limitaciones prácticas y políticas de los formuladores de políticas.
- Los formuladores de políticas tienen una visión más pluralista de la evidencia que los hallazgos basados en la investigación definidos estrechamente.
- Los investigadores no logran hacer explícitas las implicaciones prácticas y políticas de sus hallazgos.

Rychetnick y Wise (2004) sugieren que los académicos pueden ser reacios a expresar sus opiniones sobre las implicaciones de sus hallazgos, y mucho menos a participar públicamente en la defensa de políticas particulares, por varias razones. Especulan que esta reserva puede estar relacionada con la convención científica de ceñirse a los hechos demostrados. Pueden tener preocupaciones con respecto al imperativo de mantener la imparcialidad. Pueden carecer de conocimiento sobre el proceso político y cómo influir en él. También es el caso que la evidencia proporcionada por partes imparciales a menudo se considera más válida que la presentada por alguien que claramente ya está comprometido con una determinada acción.

Nutley y sus colegas (2002) identifican varios requisitos clave si se quiere que la evidencia tenga un mayor impacto en la política y la práctica (ver Cuadro 3.3).

Cuadro 3.3 Requisitos clave si se desea que la evidencia tenga un mayor impacto en la política y la práctica:

> 1. Acuerdo sobre lo que se considera evidencia en qué circunstancias.
> 2. Un enfoque estratégico para la generación de evidencia en áreas prioritarias, con esfuerzos sistemáticos concomitantes para acumular evidencia en forma de sólidos cuerpos de conocimiento.
> 3. Diseminación efectiva de la evidencia hacia donde más se necesite y desarrollo de medios efectivos para proporcionar un amplio acceso al conocimiento
> 4. Iniciativas para garantizar la integración de la evidencia en la política y fomentar la utilización de la evidencia en la práctica.

Fuente: Nutley et al. (2002).

Las ideas de investigación social también se abren paso en la política al aparecer en publicaciones populares y en los medios de comunicación en general. Los responsables de la formulación de políticas están atentos al espíritu de la época y responden en consecuencia. Existen tendencias y modas en la formulación de políticas tanto como en la moda y la música. Los libros populares dirigidos a lectores en general son mucho más propensos a ser una fuente de nueva inspiración en la formulación de políticas de salud que los documentos especializados en revistas académicas. Algunos ejemplos de libros populares con grandes ideas en el ámbito de la salud incluyen: "The Tipping Point: How Little Things Can Make a Big Difference" de Malcolm Gladwell, publicado por primera vez en 2000; "The Wisdom of Crowds: Why the Many are Smarter than

the Few and How Collective Wisdom Shapes Business, Economies, Societies and Nations" de James Surowiecki, publicado en 2004; "The Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy" de Michael Marmot, publicado en 2004; y "Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness" de Richard H. Thaler y Cass R. Sunstein, publicado en 2008. Estos libros han tenido un impacto significativo, pero a veces a corto plazo, en los responsables de la formulación de políticas de salud, lo que demuestra que el conocimiento por sí solo no es suficiente para influir en la política. El conocimiento también debe ser presentado y promovido para que tenga un efecto.

Por lo tanto, para influir en la política, los hallazgos de la investigación deben presentarse de manera clara, oportuna y relevante para los debates actuales. Deben estar disponibles en un lenguaje no técnico que los responsables de la formulación de políticas puedan entender y luego ser difundidos a través de canales que encuentren o puedan acceder fácilmente. Aunque la evidencia de efectividad puede no cambiar, o puede cambiar muy lentamente, la evidencia de necesidades de salud no satisfechas debe estar actualizada en la medida de lo posible si se va a utilizar para informar la acción de promoción de la salud. También se deben establecer sistemas para identificar, sintetizar y difundir información científica relevante. En muchas partes del mundo, estos sistemas no están bien desarrollados (Petticrew et al., 2004).

Tannahill (2008) argumenta que deberíamos hablar de promoción de la salud basada en la evidencia en lugar de promoción de la salud fundamentada en la evidencia. Esto coincide con la opinión de Nutley y sus colegas (2002: 1) de que "basado en la evidencia", cuando se adjunta como un

modificador a una política o práctica, "puede oscurecer el papel a veces limitado que la evidencia puede, y debe, desempeñar".

Actividad 3.3

Reflexione sobre lo que ha aprendido sobre el papel de la evidencia en el desarrollo de políticas de promoción de la salud. ¿Cuáles cree que son las ventajas potenciales de un enfoque basado en la evidencia en la promoción de la salud? ¿Cuáles cree que son las posibles limitaciones de dicho enfoque?

Retroalimentación

Es posible que haya reflexionado que las ventajas de un enfoque basado en la evidencia podrían incluir:

- Mayor consenso sobre la justificación de la intervención.

- Mayor apoyo a la intervención.

- Mayor probabilidad de lograr los resultados deseados mediante el uso de estrategias que se ha demostrado que funcionan.

- Uso más prudente de los recursos.

- Mayor comprensión de las áreas en las que se necesita más investigación.

Es posible que haya reflexionado sobre las limitaciones, que podrían incluir:

- Las aproximaciones innovadoras pueden no ser adoptadas debido a la falta de evidencia que las respalde.

- Los problemas para los cuales no se ha demostrado claramente la efectividad de las soluciones pueden quedar en un segundo plano.

- La evidencia no siempre se utiliza y a veces se utiliza de manera inapropiada o fuera de contexto.

- La evidencia percibida como más subjetiva, por ejemplo, cómo se sienten las personas con respecto a sí mismas, puede ser socavada.

- Las decisiones sobre la financiación de la investigación pueden estar impulsadas por motivos políticos.

- La evidencia no puede compensar la falta de voluntad política para abordar un problema.

¿Y qué hay de la teoría?

En gran parte del debate sobre la política y práctica basada en la evidencia, el papel de la teoría ha recibido relativamente poca atención (Green, 2000). A primera vista, puede parecer que hay una contradicción entre el uso de la evidencia para informar la política y la práctica, y el uso de la teoría. Incluso podría ser tentador asumir que la evidencia puede reemplazar a la teoría en el desarrollo e implementación de iniciativas de promoción de la salud. Sin embargo, como deja claro este libro, la teoría es esencial para comprender cómo se entienden los "problemas" de salud y sus causas, y a lo largo de los procesos de desarrollo, implementación y evaluación de soluciones para esos "problemas". La teoría también es crucial para informar la política y la práctica en las muchas áreas donde existen vacíos en la base de evidencia. Además, la evidencia se deriva de la

prueba de la teoría, ya sea explícitamente declarada o no (Tannahill, 2008).

Un marco para la toma de decisiones en la política y práctica de promoción de la salud

El marco mostrado en la Figura 3.3 encapsula las dimensiones importantes de la toma de decisiones en la promoción de la salud que se han presentado en este capítulo. Este modelo se basa en el triángulo de política de salud de Walt (1994) y el marco de toma de decisiones en política de salud propuesto por Tannahill (2008). Considera el papel de la evidencia y la teoría, la ética y la política, y los procesos y actores involucrados. Inherentes a todas estas dimensiones están los valores, que se encuentran en el centro del modelo propuesto. Todos los elementos del modelo influyen en cómo se comprende, prioriza y traduce la necesidad de salud en política y luego en práctica de promoción de la salud.

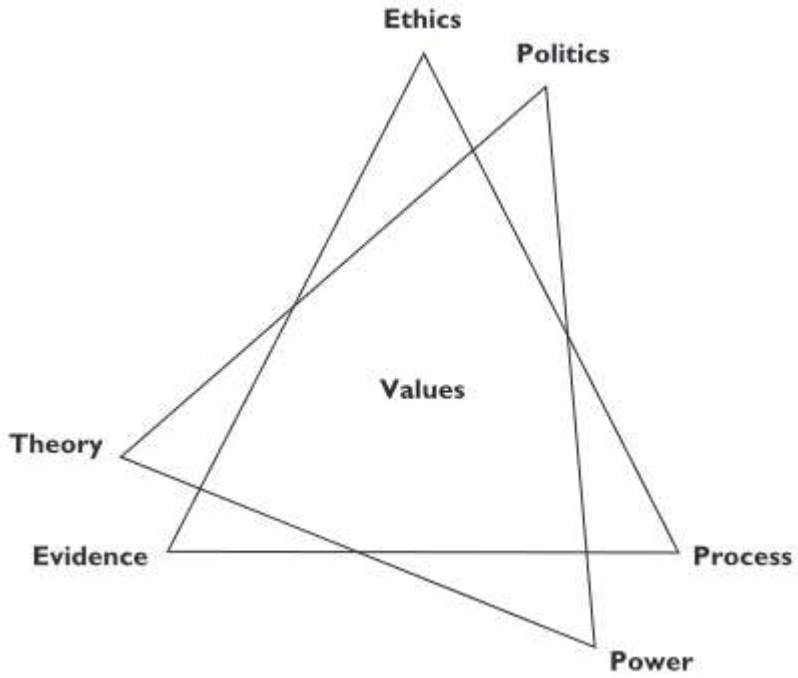


Figura 3.3 Un marco para la toma de decisiones en la política y práctica de promoción de la salud

Resumen

Este capítulo ha explorado los factores que influyen en cómo se comprende, prioriza y traduce la necesidad de salud en política de promoción de la salud y luego en práctica. Se ha demostrado que el proceso de política es complejo y a menudo confuso. Si bien los modelos teóricos son útiles para ayudar a comprender este proceso, a menudo reflejan una versión idealizada de la realidad. Este capítulo también ha descrito cómo el concepto de política y práctica basada en la evidencia ha ganado importancia en la promoción de la salud y en otras áreas de la política pública en los últimos años, y ha introducido el debate sobre qué se considera "evidencia" y cuál es la "mejor"

evidencia. Se han explicado muchos factores que influyen en cómo los formuladores de políticas utilizan la evidencia. Por último, el capítulo propone que la evidencia, la teoría, la ética, la política y los valores interactúan de manera compleja para impulsar la promoción de la salud.

Referencias

Brownson, R.C., Fielding, J.E. and Maylahn, C.M. (2009) Evidence- based public health: a fundamental concept for public health practice, Annual Review of Public Health, 30: 175–201.

Buse, K., Mays, N. and Walt, G. (2012) Making Health Policy. Maidenhead: Open University Press.

Department of Health (2011) Healthy Lives, Healthy People: A Call to Action on Obesity in England. London: Department of Health.

Des Jarlais, D.C., Lyles, C., Crepaz, N. and the TREND Group (2004) Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement, American Journal of Public Health, 94(3): 361–6.

Etzioni, A. (1967) Mixed- scanning: a ‘third’ approach to decision-m aking, Public Administration Review, 27(5): 385–92.

Gladwell, M. (2000) The Tipping Point: How Little Things Can Make a Big Difference. Boston, MA: Little, Brown & Co.

Green, J. (2000) The role of theory in evidence-b ased health promotion practice, Health Education Research, 15(2): 125–9.

Hall, P., Land, H., Parker, R. and Webb, A. (1975) Change, Choice and Confl ict in Social Policy. London: Heinemann.

Jenicek, M. (1997) Epidemiology, evidenced-b ased medicine, and evidence- based public health, Journal of Epidemiology, 7: 187–97 (erratum, Journal of Epidemiology, 8: 76; 1998).

Kingdon, J.W. (2002) The reality of public policy making, in M. Danis, C. Clancy and L.R. Churchill (eds.) Ethical Dimensions of Health Policy. Oxford: Oxford University Press.

Lindblom, C.E. (1959) The science of 'muddling through', Public Administration Review, 19(2): 79–88.

Macintyre, S. and Petticrew, P. (2000) Good intentions and received wisdom are not enough, Journal of Epidemiology and Community Health, 54: 802–3.

Marmot, M. (2004) The Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy. New York: Owl Books.

Nutbeam, D. (2004) Getting evidence into policy and practice to address health inequalities, Health Promotion International, 19(2): 137–40.

Nutley, S., Davies, H. and Walter, I. (2002) Evidence based policy and practice: cross sector lessons from the UK. Working Paper #20. St. Andrews: ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice, Research Unit for Research Utilisation.

Oliver, T.R. (2006) The politics of public health policy, Annual Review of Public Health, 27: 195–233.

Petticrew, M., Whitehead, M., Macintyre, S.J., Graham, H. and Egan, M. (2004) Evidence for public health policy on inequalities: 1: The reality according to policymakers, Journal of Epidemiology and Community Health, 58: 811–16.

Reeves, R.A. (2010) Liberal Dose? The Role of the State in Health and Well Being. London: Department of Health. Available at: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ ps/documents/digitalasset/dh_111695.pdf [accessed 19 March 2013].

Rychetnik, L. and Wise, M. (2004) Advocating evidence-b ased health promotion: refl ections and a way forward, Health Promotion International, 19(2): 247–57.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Muir Gray, J.A., Haynes, R.B. and Richardson, W.S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't, British Medical Journal, 312(7023): 71–2.

Surowiecki, J. (2004) The Wisdom of Crowds: Why the Many are Smarter than the Few and How Collective Wisdom Shapes Business, Economies, Societies and Nations. New York: Random House.

Tannahill, A. (2008) Beyond evidence – to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement, Health Promotion International, 23(4): 380–90.

Thaler, R.H. and Sunstein, C.R. (2008) Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. New Haven, CT: Yale University Press.

Walt, G. (1994) Health Policy: An Introduction to Process and Power. London: Zed Books.

Waters, E., Hall, B., Armstrong, R., Doyle, J., Pettman, T. and de Silva- Sanigorski, A. (2011) Cochrane update: Essential components of public health evidence reviews: capturing

intervention complexity, implementation, economics and equity, Journal of Public Health, 33(3): 462–5.

Watney, S. (1997) Policing Desire: Pornography, AIDS and the Media (3rd edn.). London: Cassell.

Weiss, C.H. (1979) The many meanings of research utilization, Public Administration Review, 39(5): 426–31.

Lecturas adicionales

Buse, K., Mays, N. and Walt, G. (2012) Making Health Policy. Maidenhead: Open University Press.

4. Consideraciones políticas y éticas - Nick Fahy

Resumen

Ya has aprendido que la promoción de la salud plantea cuestiones políticas y éticas que deben tenerse en cuenta para que sea efectiva y se perciba como aceptable. Estas cuestiones incluyen aspectos relacionados con la relación entre individuos y sociedad, quién tiene el derecho de decidir y en qué se justifica la promoción de la salud. Tomando esto como punto de partida, este capítulo examinará algunos enfoques teóricos para considerar dichas cuestiones en la filosofía política y ética, y cómo se resuelven en la práctica.

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, podrás:

• describir algunas de las principales cuestiones políticas y éticas relevantes para la promoción de la salud.

• relacionar estas cuestiones con enfoques filosóficos alternativos y considerar su utilidad para resolver preguntas relacionadas con la promoción de la salud.

• analizar cómo se abordan estas cuestiones políticas y éticas en la práctica.

Términos clave

Beneficencia: Hacer el bien; bondad activa.

Liberalismo: Los derechos del individuo deben ser respetados para permitir que la sociedad en su conjunto se beneficie del pleno potencial de todos sus ciudadanos.

Neoliberalismo: Una variante moderna del liberalismo, utilizada típicamente en el contexto del papel del Estado, enfatizando soluciones basadas en el mercado en lugar de la intervención pública.

No maleficencia: Un principio basado en evitar causar daño.

La República de Platón: Una sociedad ideal gobernada por aquellos mejor calificados para hacerlo.

Utilitarismo: Una teoría del bien (lo que produce la mayor utilidad o valor) y una teoría de lo correcto (el acto correcto es aquel que produce la mayor utilidad neta).

Introducción

Hay mucho margen para el debate y la disputa política sobre los fines y los medios de la promoción de la salud. Esto es algo de lo que los profesionales de la salud deben ser conscientes en su trabajo. En primer lugar, se plantea la cuestión de los resultados a alcanzar: ¿qué es una buena salud? Esto puede parecer una pregunta sencilla, pero como has visto en los Capítulos 1, 2 y 3, las personas pueden tener diferentes concepciones de lo que significa la salud en la práctica. Ejemplos incluyen aquellos relacionados con la autoimagen (como la obesidad y la nutrición), las elecciones de comportamiento (como el consumo de tabaco, alcohol o drogas), el comportamiento sexual (vinculado a enfermedades de transmisión sexual) o la salud mental (y las actitudes hacia la depresión o el suicidio). Y cuando existen diferencias, surge la pregunta sobre cuál definición de salud debe tener prioridad: la del profesional de la salud, la del individuo en cuestión o la de la sociedad en su conjunto.

En segundo lugar, también puede haber diferencias en los medios utilizados para promover o lograr la salud. Surgirán cuestiones políticas en particular en aquellos casos en los que el comportamiento relacionado con la salud de una persona tiene un impacto en la salud de otra, como en el caso del tabaquismo, el consumo de alcohol (potencialmente vinculado a la violencia) y la vacunación (donde el beneficio también es para la población circundante). También está el tema del costo del tratamiento de enfermedades evitables y hasta qué punto la solidaridad de la comunidad otorga a esa comunidad el derecho de imponer sus puntos de vista a los individuos que dependen de esa solidaridad, como hacer que los fumadores contribuyan al costo de su propia atención médica o no financiar ciertos tipos de intervención médica, como el aborto.

En tercer lugar, la salud se ve afectada por factores como el desempleo, la vivienda, el acceso a servicios esenciales, la educación y el medio ambiente, que se discuten con más detalle en el Capítulo 5. La acción para mejorar la salud requerirá decisiones políticas en estas áreas y el equilibrio de diferentes prioridades entre sí. Por ejemplo, puede haber costos económicos o comerciales asociados a la acción para promover la salud.

Al analizar estas áreas de posible conflicto, queda claro que debe haber algún mecanismo para resolver las diferencias de opinión dentro de la sociedad, al igual que ocurre con otras elecciones sobre la organización de la comunidad en su conjunto y los límites del comportamiento de los individuos dentro de ella. Esto nos lleva a la filosofía política y la organización de la sociedad en la que vives y trabajas, ya que estos mecanismos políticos y valores serán los que determinen cómo se resuelven estas cuestiones en la práctica. Las

preguntas relacionadas con la salud y el comportamiento son algunas de las cuestiones más sensibles de la vida política moderna, por lo que es esencial que los profesionales de la salud sean conscientes de este contexto más amplio en su trabajo.

Actividad 4.1

En esta actividad, relacionarás los problemas y enfoques discutidos en este capítulo con tu propia situación y aplicarás las teorías presentadas en la práctica.

Identifica algunos problemas políticos y éticos relacionados con tu área de trabajo o estudio en promoción de la salud. ¿Cómo se resuelven estos problemas en la práctica?

¿Qué marcos políticos o éticos se utilizan en tu área de trabajo o estudio, ya sea por ti o por otros? ¿Son compatibles?

Retroalimentación

Es probable que exista una amplia gama de problemas potenciales, incluyendo aquellos mencionados en la introducción de este capítulo. Sin embargo, su dimensión política o ética puede no ser evidente de inmediato; es posible que no se consideren necesariamente a través de estructuras políticas o éticas formales, sino que se presenten de diversas formas diferentes, según su contexto específico. La forma en que se presentan los problemas afectará cómo se resuelven en la práctica. Las personas pueden enmarcar los problemas de diferentes maneras (por ejemplo, como una cuestión de elección individual en lugar de como un problema de salud) dependiendo del resultado que prefieran.

Se mencionan muchos marcos políticos y éticos diferentes en la vida cotidiana. Estos no se limitan a ideologías políticas explícitas. Los sistemas económicos (socialismo, capitalismo) también pueden estar vinculados a ciertos valores políticos (responsabilidad colectiva, libertad individual). Diferentes sociedades pueden tener valores establecidos sobre ciertos problemas. Un ejemplo claro es la religión; diferentes creencias religiosas implican enfoques éticos diferentes y también pueden tener un impacto en los mecanismos que las personas aceptan para resolver conflictos.

¿Una sociedad perfecta?

Las preguntas sobre cómo resolver diferentes valores y prioridades dentro de la sociedad son fundamentales y, por lo tanto, han sido consideradas desde las primeras obras de la filosofía política. Para abordar estas cuestiones, puedes remontarte a una de las primeras obras de filosofía política: "La República" de Platón, escrita hace más de 3000 años en Grecia (Platón, 1989). En ese momento, existían ciudades-estado donde diferentes ciudades dentro de un área geográfica relativamente pequeña alrededor del Egeo se organizaban de manera individual y bastante diferente, lo que generaba muchas discusiones sobre cuál era el mejor medio de organización. "La República" expone la respuesta de Platón, una sociedad perfecta: la República, gobernada por aquellos mejor calificados para hacerlo: los Guardianes.

El argumento de Platón es que cuando una actividad puede ser realizada mejor por personas con más experiencia, el mejor enfoque es elegir a alguien que tenga la experiencia adecuada, ponerlo a cargo y hacer lo que él dice. Por lo tanto, la mejor manera de asegurar que la sociedad funcione de la mejor

manera posible es seleccionar a las personas más capaces, brindarles la formación adecuada y ponerlas a cargo; estas personas son los Guardianes y dirigen el comportamiento de todos los demás.

Esta es la visión definitiva de una sociedad en la que las decisiones se toman en función de la experiencia y la evidencia. El gobierno se ve como una actividad basada en el conocimiento que se puede hacer bien o mal, como cualquier otra profesión. Por lo tanto, Platón argumenta que lógicamente se prefiere que se haga bien y, por lo tanto, se le debe otorgar el poder de la toma de decisiones a aquellos mejor calificados para ejercerlo; deberíamos tener el mismo tipo de relación con los Guardianes que los pacientes tienen con sus médicos.

Dar poder a una pequeña minoría en función de alguna experiencia o habilidad no deja mucho espacio para la democracia. Esto es completamente intencional por parte de Platón, quien no veía el gobierno democrático como algo bueno, sino más bien como algo que fomentaba el faccionalismo y el egoísmo. Esta "sociedad perfecta" puede parecernos bastante ajena hoy en día, con su falta de respeto por las libertades individuales y la exclusión de la mayoría de los miembros de la sociedad del gobierno. Sin embargo, aunque la sociedad que describe Platón es muy diferente de las sociedades modernas, las preguntas que plantea aún son relevantes hoy en día.

Particularmente relevante para la promoción de la salud es la tensión entre tomar decisiones en función de la experiencia y tomar decisiones en función de la opinión mayoritaria de todos los ciudadanos, independientemente de su conocimiento o experiencia en el área. En la época de Platón, hubo importantes avances hacia una comprensión más científica y empírica del

mundo. Esto fue parte del contexto en el que Platón consideró que un buen gobierno debería basarse en la experiencia, no solo en la opinión mayoritaria. De manera similar hoy en día, buscamos cada vez más explicaciones y soluciones científicamente fundamentadas para los problemas que enfrentamos y depositamos gran confianza en aquellos que tienen la experiencia para analizar y recomendar sobre una base científica. El poder de los Guardianes en la República de Platón planteó la pregunta "¿quién guardará a los Guardianes?", y la misma pregunta se aplica a la autoridad de los profesionales de la salud y otros expertos en la actualidad. Después de todo, si la experiencia es la base de la autoridad, esto plantea preguntas sobre la base de esta experiencia, es decir, cómo sabemos cuál es el análisis o acción correcta.

Actividad 4.2

Esta actividad te anima a aplicar los conceptos articulados por Platón en un contexto moderno y plantear algunas cuestiones relacionadas con la promoción de la salud.

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de otorgar poder a los expertos para decidir?

Proporciona ejemplos de áreas fuera de la promoción de la salud para cada enfoque.

¿Cómo se puede monitorear o juzgar la autoridad o experiencia de los expertos?

Retroalimentación

Las ventajas de otorgar poder a los expertos para decidir se centran principalmente en el resultado; alguien con conocimiento experto en un área técnica debería producir un resultado mejor que alguien sin esa experiencia, suponiendo

que todas las demás cosas sean iguales. Sin embargo, existen límites en los casos en los que esto será cierto, como deberían reflejar tus ejemplos de desventajas. En particular, la experiencia solo es útil cuando el problema a decidir es uno en el que el conocimiento técnico sea relevante, no es el caso, por ejemplo, en un conflicto de valores. Y el conocimiento técnico del área debe ser suficiente para proporcionar una respuesta clara; cuando hay desacuerdo entre los expertos o el conocimiento es limitado, se requieren otros enfoques.

Además, las decisiones de los expertos pueden no ser apropiadas cuando el proceso de toma de decisiones en sí es importante, por ejemplo, cuando se requiere compromiso por parte de otras personas para implementar la decisión. Si las personas no han podido elegir por sí mismas o al menos formar parte de un proceso de toma de decisiones que perciban como justo, es menos probable que se sientan comprometidas a implementar una decisión en la práctica. Por ejemplo, la mayoría de las sociedades modernas consideran que la aprobación democrática es el respaldo político definitivo para las decisiones, no las opiniones de los expertos. Por lo tanto, tus contraejemplos de gobierno por expertos podrían ser cualquier área de decisión por votación mayoritaria. Sin embargo, hay algunas áreas donde las decisiones se dejan en manos de los expertos. Un ejemplo sería la fijación de las tasas de interés por parte de un banco central independiente.

En cuanto al monitoreo de la autoridad o experiencia de los expertos, tu respuesta podría considerar mecanismos como hacer públicas las bases de las decisiones de los expertos, para que otros con experiencia también puedan analizarlas. Tu respuesta también podría incluir mecanismos mediante los cuales los expertos se autoregulen y consideren qué estándares

se requieren de los expertos y cómo se pueden mantener, por ejemplo, a través de asociaciones profesionales.

Utilitarismo o teoría basada en las consecuencias

El utilitarismo es un marco teórico propuesto para la moralidad, el derecho y la política que acepta el principio de utilidad como base de la ética. El utilitarismo es tanto una teoría del bien como una teoría de lo correcto. Como teoría del bien, el utilitarismo es bienestarista, es decir, el bien es todo aquello que produce la mayor utilidad (placer, satisfacción o en referencia a una lista objetiva de valores). Como teoría de lo correcto, el utilitarismo es consecuencialista, es decir, el acto correcto es aquel que produce la mayor utilidad neta. Los orígenes de esta teoría se encuentran en los escritos de Jeremy Bentham y John Stuart Mill.

Los utilitaristas ofrecen muchos ejemplos de la vida cotidiana para argumentar que todos participamos en un método utilitarista de calcular lo que debe hacerse al equilibrar metas y recursos y considerar las necesidades de todos los afectados. El principio de utilidad es el estándar último para todos los utilitaristas, aunque recientemente ha habido discusión sobre si esto se refiere a actos particulares, en circunstancias particulares o a reglas generales que determinan qué acciones son correctas y cuáles son incorrectas. Los utilitaristas de reglas consideran las consecuencias de adoptar reglas, mientras que los utilitaristas de actos ignoran las reglas y justifican sus actos apelando directamente al principio de utilidad. Para el utilitarista de reglas, la conformidad de un acto a una regla justificada lo hace correcto y la regla no es prescindible en ningún caso, incluso cuando seguirla en esa situación particular no maximiza la utilidad. Para el utilitarista de actos, las reglas morales

pueden ser útiles como pautas aproximadas, pero son prescindibles si no promueven la utilidad.

Worthington Hooker fue un destacado médico del siglo XIX y utilitarista de reglas. Abordó la regla de decir la verdad de la siguiente manera:

> El bien que puede lograrse mediante el engaño en algunos casos es casi insignificante en comparación con el mal que causa en muchos casos, cuando las perspectivas de que haga el bien eran tan prometedoras como en aquellos en los que tuvo éxito. Y cuando añadimos a esto el mal que resultaría de la adopción generalizada de un sistema de engaño, la importancia de adherirse estrictamente a la verdad en nuestra relación con los enfermos, incluso por razones de conveniencia, se vuelve incalculablemente grande.

(citado en Beauchamp y Childress, 2009: 340; énfasis en el original)

Los utilitaristas de actos consideran que muchas de las preguntas morales planteadas por los avances tecnológicos son imposibles de abordar en términos de reglas morales tradicionales. Esto tiene muchas fortalezas, de ahí su popularidad entre los éticos que trabajan en políticas y prácticas de salud. El requisito de evaluación objetiva de los intereses de todos los involucrados y de elección imparcial para maximizar los buenos resultados son normas aparentemente deseables para la formulación de políticas. El utilitarismo también se basa en la beneficencia, al ver la moralidad en términos de promover el bienestar.

Sin embargo, el enfoque utilitarista ha sido criticado. Beauchamp y Childress (2009: 341-2) plantean tres argumentos en particular. El primero se refiere a las preferencias inmorales;

¿qué sucede si hay resultados que brindan una gran satisfacción a algunos, pero que consideraríamos inmorales, como explotar la mala salud de los trabajadores de fábricas para obtener productos más baratos? Una segunda crítica es que el utilitarismo parece requerirnos actuar en contra de nuestro propio interés si hacerlo en general traería beneficios. En tercer lugar, y quizás lo más fundamental, un enfoque utilitarista no parece proteger a la minoría frente a la mayoría. En términos de promoción de la salud, si se pudiera promover la salud general a costa de la mala salud de unos pocos, el enfoque utilitarista argumentaría que debería hacerse, pero ¿aceptaríamos eso como ético?

Liberalismo y libertad individual

Un enfoque alternativo para resolver valores y prioridades en la sociedad es centrarse no en el resultado ideal global que se debe lograr, como lo hacen Platón y los utilitaristas, sino en los derechos del individuo. Este enfoque "liberal" de los derechos individuales y el equilibrio entre el individuo y la sociedad en general fue articulado en particular por John Stuart Mill (1806-1873) y se establece al comienzo de su ensayo Sobre la libertad:

> El objetivo de este ensayo es afirmar un principio muy simple, que tiene derecho a gobernar absolutamente las relaciones de la sociedad con el individuo en términos de coerción y control, ya sea mediante la fuerza física en forma de sanciones legales o la coerción moral de la opinión pública. Ese principio es que el único fin por el cual la humanidad tiene justificación, individual o colectivamente, para interferir con la libertad de acción de alguno de sus miembros es la autoprotección. El único propósito por el cual el poder puede ejercerse legítimamente sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada, en contra de su voluntad, es prevenir daño a otros. Su propio bien, ya sea

> físico o moral, no es una justificación suficiente. No se le puede obligar legítimamente a hacer o abstenerse de hacer algo porque eso lo haría más feliz, porque, en opinión de otros, hacerlo sería sabio o incluso correcto. Hay buenas razones para reprenderlo, razonar con él, persuadirlo o suplicarle, pero no para obligarlo o visitarlo con ningún mal en caso de que haga lo contrario. Para justificar eso, la conducta que se desea evitar debe estar calculada para producir daño a otra persona. La única parte de la conducta de cualquier individuo por la cual es responsable ante la sociedad es aquella que afecta a los demás. En la parte que solo concierne a sí mismo, su independencia es absoluta por derecho propio. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y mente, el individuo es soberano.
>
> (Mill, 1990: 135)

Mill argumentó que debemos respetar estas libertades individuales tanto para permitirles a las personas realizar su propio potencial como para permitir que la sociedad en su conjunto se beneficie del potencial completo de todos sus ciudadanos. Mill considera que esto solo se aplica a los adultos "en la madurez de sus facultades". En cuanto a los niños, Mill considera que la sociedad tiene una responsabilidad específica para garantizar una educación adecuada que les permita actuar racionalmente como adultos y, si falla en hacerlo, la sociedad debe asumir las consecuencias. Esta tradición liberal fue articulada junto con los desarrollos revolucionarios en la industrialización y urbanización en Europa occidental. Además de los cambios en la estructura económica, estos tiempos también trajeron cambios importantes en la organización social, con una mayor libertad individual tanto económica como política, y erosión de los mecanismos establecidos de control y estándares sociales. La tradición liberal dio expresión filosófica

a estos cambios y todavía forma una gran parte del marco político moderno de las sociedades occidentales.

Este enfoque filosófico establece un límite claro al papel de la sociedad al intentar moldear el comportamiento del individuo, un límite que es especialmente aplicable a cuestiones de salud. La experiencia o el conocimiento de las consecuencias de un tipo particular de comportamiento no justifica la interferencia en las elecciones de una persona sobre esa base. Por ejemplo, el abuso del alcohol fue uno de los casos específicos citados por Mill como algo que podría no ser un comportamiento ideal, pero donde la sociedad no debería intervenir a menos que conduzca a un daño específico a otra persona:

> Nadie debería ser castigado simplemente por estar borracho; pero un soldado o un policía debería ser castigado por estar borracho en servicio. Siempre que, en resumen, haya un daño definido o un riesgo definido de daño, ya sea para un individuo o para el público, el caso se saca del ámbito de la libertad y se coloca en el ámbito de la moralidad o la ley.

(Mill, 1990: 213)

Sin embargo, esto también proporciona un ejemplo del tipo de argumento que se puede presentar en contra de esta posición liberal. Se podría argumentar que, en términos prácticos, para las personas que viven juntas en una sociedad, la distinción entre el comportamiento que causa daño a otros y el comportamiento que es puramente privado no es tan clara como sugiere Mill, o al menos, que el límite de lo que no afecta a los demás debe ser trazado de manera mucho más estrecha de lo que Mill describe. Para seguir con el ejemplo del abuso del alcohol, cuando alguien bebe demasiado y causa daño a sí mismo, también genera una carga para la sociedad a través de

los esfuerzos de aquellos llamados a tratarlo y el costo de brindar atención médica. ¿Significa esto que en realidad están causando daño a otros y, por lo tanto, que la dirección social de su comportamiento está justificada? Para Mill, la respuesta parece ser claramente "no":

> Pero con respecto al daño meramente contingente o, como se puede llamar, constructivo que una persona causa a la sociedad mediante una conducta que no viola ningún deber específico hacia el público ni ocasiona daño perceptible a cualquier individuo asignable excepto a sí mismo; la molestia es algo que la sociedad puede permitirse soportar por el bien de una mayor libertad humana.
>
> (Mill, 1990: 213)

Esta posición es objeto de controversia, y los defensores de una intervención social más fuerte en cuestiones como el tabaco y el alcohol argumentan que el costo total de estos comportamientos para la sociedad justifica la interferencia con las libertades individuales en esta área. Esta es otra área donde diferentes valores entran en conflicto al considerar cuestiones específicas de la política y la ética de la promoción de la salud.

Actividad 4.3

Esta actividad te anima a reflexionar sobre el concepto de liberalismo en casos específicos y a identificar algunos desafíos particulares.

¿Cuáles son las ventajas y desventajas del liberalismo y de intervenir solo cuando sea necesario para evitar daños a otros? Considera cómo se abordarían algunos problemas específicos de promoción de la salud sobre esta base.

Mill argumenta que estas libertades solo se aplican a los adultos "en la madurez de sus facultades", ¿cómo se debería tratar a los demás?

Retroalimentación

Las ventajas de este enfoque incluyen la claridad, ya que proporciona una prueba clara para determinar cuándo la intervención está justificada. También respeta los derechos del individuo y evita muchas de las desventajas de las decisiones tomadas por expertos, como se describe anteriormente.

Las desventajas incluyen que este enfoque tiene límites bastante significativos para la promoción de la salud, que a menudo se centra en el bien del propio individuo, precisamente donde Mill argumenta que la intervención no está justificada. Además, incluso en casos en los que alguna acción causa daño a otros pero sin intención y sin perjudicar a un individuo específico (lo cual podría ser el caso en el daño ambiental, por ejemplo), Mill parece argumentar que la intervención no está justificada.

Sin embargo, un aspecto importante a tener en cuenta es el del consentimiento. Seguir este enfoque no significa que no se pueda realizar promoción de la salud dirigida al bien del individuo, solo que no se puede imponer sin su acuerdo. Como se expone en el primer extracto de "Sobre la libertad", Mill está de acuerdo en que buscar el acuerdo del individuo es razonable; lo que Mill argumenta en contra es coaccionar a alguien en contra de su voluntad por su propio bien. Por lo tanto, el principal límite para la promoción de la salud bajo este enfoque proviene de acciones que implican algún tipo de obligación, en particular, leyes, regulaciones u otro ejercicio de autoridad oficial.

Esto también es relevante para los niños y otras personas que no son capaces de tomar sus propias decisiones, por cualquier motivo; el problema clave es que estas personas no pueden decidir por sí mismas lo que les conviene, por lo que hay una mayor responsabilidad en otros para tomar esas decisiones por ellos. Debes considerar quién debe tomar esas decisiones (como los padres o tutores para los niños) y por qué. Mill también plantea el tema de la educación y la preparación de los niños para la vida adulta y para tomar sus propias decisiones; tu respuesta debe abordar qué tipo de educación sería una preparación adecuada desde la perspectiva de la promoción de la salud.

El enfoque de los cuatro principios

Beauchamp y Childress (2009) defienden lo que se conoce como el enfoque de los cuatro principios en la ética de la atención médica, también conocido por sus oponentes como principialismo. Los principios que describen se derivan de "juicios considerados" en la moralidad común y en las tradiciones médicas. Los cuatro conjuntos de principios son:

1. Respeto por la autonomía: esto requiere respetar las capacidades de toma de decisiones de las personas autónomas. Muchos filósofos coinciden en que la moralidad presupone que las personas pueden actuar autónomamente, pero interpretan esto de diferentes maneras. Beauchamp y Childress describen al individuo autónomo como aquel que actúa libremente "de acuerdo con un plan elegido por sí mismo, análogo a la forma en que un gobierno independiente administra sus territorios y establece sus políticas" (Beauchamp y Childress, 2009: 99). Una "persona con autonomía disminuida, en cambio,

está controlada en cierto sentido por otros o es incapaz de deliberar o actuar según sus deseos y planes" (ibíd.). Requerir el consentimiento informado para el tratamiento es un ejemplo bien establecido de este respeto en la atención médica individual, pero este principio también puede afectar las cuestiones de promoción de la salud. Por ejemplo, uno de los argumentos a favor del enfoque reciente de "paternalismo libertario" es que se puede utilizar para promover la salud mediante la alteración de las opciones predeterminadas u otros "empujones" para promover la salud, pero lo hace respetando las decisiones de las personas de hacer lo contrario si así lo desean (Thaler y Sunstein, 2009).

2. No maleficencia: evitar causar daño. Esto está estrechamente relacionado en la ética médica con el principio "Primum non nocere": "Sobre todo, no causar daño". En la atención médica, es necesario un marco de toma de decisiones para situaciones que pueden implicar procedimientos de sostén vital y asistencia en el proceso de morir, por ejemplo. Para la promoción de la salud, esto podría surgir de las consecuencias no deseadas de las acciones de promoción de la salud, como los efectos sociales más amplios de los cambios promovidos originalmente para mejorar la salud, por ejemplo, proporcionar información de salud a través de canales que son más accesibles para grupos de mayor nivel socioeconómico, lo que amplía las desigualdades en salud.
3. Beneficencia: proporcionar beneficios y medir los beneficios en comparación con los riesgos y costos. Beauchamp y Childress (2009: 197) argumentan que "los principios de beneficencia potencialmente exigen mucho

más que el principio de no maleficencia, porque los agentes deben tomar medidas positivas para ayudar a los demás, no solo abstenerse de actos perjudiciales". Describen dos principios de beneficencia: beneficencia positiva, que implica ayudar activamente a los demás, y utilidad, que implica equilibrar las diferentes ventajas, desventajas y costos para asegurar el mejor resultado general.

4. Justicia: distribuir beneficios, riesgos y costos de manera justa. Las desigualdades en salud y el acceso a la atención médica se plantean con frecuencia como un problema moral en los debates sobre justicia social. Esto también se relaciona con preguntas mucho más amplias sobre los derechos a la salud, el papel del gobierno y el gasto público, las desigualdades socioeconómicas y su efecto en la salud, la libertad individual y nuestros derechos y obligaciones colectivas. Aparte de las diferencias en los recursos de diferentes países, las diferentes sociedades han tomado decisiones bastante diferentes sobre lo que significa la justicia para la salud, como se muestra claramente, por ejemplo, en los enfoques diferentes de Estados Unidos y los países europeos. Los enfoques teóricos de las desigualdades en salud se discuten con más detalle en el Capítulo 8.

Además, Beauchamp y Childress describen tres tipos diferentes de reglas que especifican los cuatro principios y sirven como guía para la acción. Primero, las reglas sustantivas incluyen reglas sobre: decir la verdad, confidencialidad, privacidad, asignación justa y racionamiento de la atención médica, y así sucesivamente. Un ejemplo de una regla sustantiva que especifica el principio del respeto por la autonomía sería:

"Seguir los deseos del paciente expresados anticipadamente siempre que sean claros y relevantes". Segundo, las reglas de autoridad incluyen reglas sobre la autoridad sustituta (quién debe tomar decisiones para personas incompetentes), la autoridad profesional (quién debe asumir la responsabilidad de anular o aceptar las decisiones de los pacientes en casos en que estas pueden ser potencialmente perjudiciales) y la autoridad de distribución (quién debe tomar decisiones sobre la distribución de recursos). Tercero, las reglas procedimentales establecen los procedimientos que se deben seguir, por ejemplo, al determinar la elegibilidad para recursos médicos o al informar quejas a autoridades superiores.

La solución de mercado

Aunque los cuatro principios mencionados anteriormente son una guía valiosa para el tema específico de la promoción de la salud, no resuelven las tensiones más amplias entre los diferentes enfoques políticos posibles para resolver valores en conflicto. ¿Existe alguna forma de acordar un enfoque común único para los principios filosóficos que subyacen a la relación entre los individuos y la sociedad en general? En las últimas décadas, la respuesta ha surgido cada vez más no de los filósofos, sino de otra disciplina: la economía y el uso de los mercados para resolver diferentes puntos de vista.

Michael Sandel (2012) argumenta que ha habido una tendencia en las últimas décadas de reemplazar las discusiones éticas con el uso de mercados como una filosofía alternativa, enfoque que a veces se describe como "neoliberalismo".

¿Por qué el uso de los mercados podría ser problemático? Sandel sostiene que hay dos problemas fundamentales, a saber, la desigualdad y la corrupción. Con las desigualdades en

la sociedad surgen diferencias en el poder adquisitivo, pero esas diferencias pueden ser más o menos importantes según cuántas esferas de la vida se vean afectadas por esas diferencias. Sin embargo, cuanto más estructuran las sociedades nuestras relaciones en todas las esferas de la vida como mercados, mayor es el impacto de tales desigualdades. En el caso específico de la salud, el impacto de las desigualdades socioeconómicas ya es evidente, como lo describe, por ejemplo, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CSDH, 2008).

En cuanto al segundo problema de la corrupción, Sandel no se refiere tanto a problemas obvios de pagos ilícitos, sino más bien a la forma en que tratar algo como una mercancía en el mercado para ser comprada y vendida cambia la forma en que lo percibimos. Implica que lo que se vende es algo valorado en términos monetarios, pero esto puede entrar en conflicto con otros valores que consideramos que deberían aplicarse en su lugar.

Actividad 4.4

En esta actividad, explorarás los problemas que surgen del uso de los mercados en la prestación de servicios de salud mediante ejemplos. Un ejemplo descrito por Sandel es el acceso a la atención médica en China (Sandel, 2012: 24-25). Debido a su disponibilidad limitada en muchas áreas, las personas viajan a Pekín en busca de atención médica. Pero en lugar de atender a las personas según su necesidad, se venden boletos de cita; y luego se revenden a altos precios para ver a especialistas destacados.

Otro ejemplo que cita Sandel es el de "Proyecto Prevención", un proyecto en Estados Unidos que ofrece incentivos económicos a las personas adictas a las drogas si se esterilizan o utilizan anticonceptivos a largo plazo (Sandel, 2012). Se argumenta que esto previene el daño a los posibles hijos que podrían nacer de padres adictos a las drogas. También ha sido criticado por ser coercitivo o corruptor. ¿Cómo analizarías estos diferentes ejemplos y los argumentos a favor y en contra de ellos?

Retroalimentación

Tu análisis del primer ejemplo puede plantear problemas evidentes de desigualdad; también dice algo sobre la naturaleza de la atención médica, al ser simplemente un servicio comercial en lugar de una respuesta a la necesidad médica. Es probable que tu análisis del segundo ejemplo muestre que este problema no solo se puede analizar en términos económicos de costos y beneficios, sino que también requiere una discusión sobre valores. Es probable que se planteen cuestiones de desigualdad y si las personas adictas a las drogas están en condiciones de tomar decisiones informadas y libres sobre si aceptar dicha oferta; esto es nuevamente tanto una cuestión empírica (sobre el impacto de la adicción en la cognición, por ejemplo) como una cuestión sobre valores y poder. También puedes considerar si las decisiones sobre concepción e hijos pueden ser valoradas económicamente o si se requiere un tipo diferente de valoración; y si es así, si estos dos tipos de valor pueden coexistir o si aplicar una valoración económica desplaza de alguna manera otros valores.

Resolución de consideraciones políticas y éticas en la práctica

Como habrás visto, hay una amplia gama de enfoques posibles para considerar las consideraciones políticas y éticas. Cada uno de estos enfoques se refleja hasta cierto punto en la discusión política moderna, sin que ninguno de ellos sea universalmente aceptado. Pero también hay muchos otros enfoques posibles. Estos incluyen aquellos basados en creencias religiosas. La creencia religiosa puede llevar a una percepción diferente de los problemas en comparación con un enfoque científico, lo cual puede ser especialmente relevante para la atención médica y otras disciplinas basadas en la ciencia.

"Esto no es solo una cuestión de discusión filosófica. Se convierte en una pregunta importante para la promoción de la salud, especialmente cuando se lleva a cabo por parte de autoridades públicas o en búsqueda de un bien público. La promoción de la salud realizada por o en nombre de las autoridades públicas puede implicar algún elemento de coerción y, incluso cuando no lo hace, a menudo se percibe como coercitiva. Por lo tanto, es importante contar no solo con el acuerdo de los individuos, sino también, cuando corresponda, con el acuerdo de toda la sociedad. Por supuesto, habrá un marco general de valores políticos y éticos expresados en el marco legal del país en cuestión, que puede tomarse como la descripción de las reglas aceptadas para ese entorno. Sin embargo, es poco probable que esto aborde todos los problemas que pueden surgir en la promoción de la salud. Por ejemplo, el impacto en la salud de medidas particulares puede ser incierto o discutido. E incluso cuando la evidencia científica sobre las consecuencias para la salud de una acción en particular es clara, las personas aún pueden preferir tomar

decisiones que entren en conflicto con ese consejo. Las decisiones relacionadas con la salud también pueden entrar en conflicto con otros valores (como valores morales) u otros intereses, lo que requiere algún medio para tomar decisiones.

Para ilustrar estos problemas, consideremos los siguientes ejemplos de discusión política y ética sobre temas actuales en la promoción de la salud.

Vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)

Surge controversia en torno a esta vacuna después de que se sugiriera una relación con enfermedad inflamatoria intestinal y autismo en 1998. A pesar del amplio consenso científico de que no hay evidencia de una relación entre MMR y estas condiciones, la confianza pública en la seguridad de la vacuna se vio seriamente socavada y en el Reino Unido la cobertura disminuyó un 8 por ciento desde el pico de cobertura del 92 por ciento en 1995. El Gobierno británico decidió no proporcionar la vacunación para cada una de estas enfermedades por separado, citando un mayor peligro tanto para los niños afectados como para otros debido al mayor riesgo de transmisión de estas enfermedades, a pesar de la preocupación de muchos padres por la vacunación de sus hijos con MMR.

Prohibición de fumar en lugares públicos

Varios países de ingresos altos tienen algún tipo de prohibición de fumar en el lugar de trabajo o en lugares públicos, incluidos Irlanda, Noruega, Malta y algunos estados de EE. UU., citando la necesidad de proteger a las personas (especialmente a los trabajadores) de los efectos nocivos del humo de tabaco de segunda mano. Las propuestas de dichas prohibiciones a

menudo son controvertidas y se ha argumentado en contra de ellas basándose en el derecho de los individuos a elegir fumar y el daño potencial a los establecimientos comerciales debido a una disminución de los ingresos debido a que los fumadores eligen abstenerse. También ha habido disputas entre expertos sobre cuánto daño causa realmente el humo de tabaco de segunda mano, aunque el balance de opiniones parece sugerir que hay un daño significativo.

Promoción de la salud como experimentación

Como se discutió en el Capítulo 3, la base de evidencia para diferentes intervenciones de promoción de la salud puede ser incierta o discutida. Los recursos para la promoción de la salud a menudo son escasos. Estos desafíos pueden combinarse llevando a cabo experimentos en la promoción de la salud, brindando una determinada intervención a algunos miembros de un grupo objetivo potencial pero no a otros, y evaluando los resultados. Tim Harford da el ejemplo de una organización benéfica holandesa que financia el tratamiento de gusanos intestinales en escuelas kenianas. Con recursos limitados, la organización decidió implementar la intervención de manera gradual y utilizar escuelas sin la intervención como grupo de comparación (Harford, 2011). Por un lado, se puede argumentar que esto proporciona una mejor evidencia sobre la efectividad real de las intervenciones. Por otro lado, pueden surgir preocupaciones éticas: ¿Es legítimo llevar a cabo experimentos de esta manera? ¿No deberían los recursos limitados dirigirse a aquellos más necesitados en lugar de usarse para comparaciones?"

Actividad 4.5

Esta actividad te anima a reunir las diferentes perspectivas expuestas durante este capítulo para ver cómo se relacionan con cuestiones prácticas.

¿Qué problemas políticos y éticos plantean los ejemplos anteriores?

¿Cómo podrían resolverse de la mejor manera?

Retroalimentación

1. Estos ejemplos plantean muchos de los problemas ya discutidos en este capítulo, como la tensión entre la experiencia y la elección individual, y entre las decisiones individuales y los valores de la comunidad.
2. En el caso de la vacunación MMR, tu respuesta debería identificar problemas relacionados con la justificación de la acción basada en la experiencia científica y cómo decidir entre los juicios de los expertos, por un lado, y los deseos de los individuos, por otro, cuando entran en conflicto. Esto también plantea problemas sobre el consentimiento individual, ya que la decisión del gobierno de no ofrecer las tres vacunas por separado puede considerarse, de hecho, una forma de presión oficial, así como el potencial de daño a otras personas debido a enfermedades transmitidas por falta de vacunación con MMR. También puedes hacer referencia a tu respuesta en la Actividad 4.3 sobre cómo la sociedad debería manejar las decisiones de salud de los niños, ya que estas vacunas se administran a una edad temprana y, por lo tanto, las decisiones las toman los padres o tutores.

En cuanto a la prohibición de fumar en lugares públicos, esto plantea cuestiones sobre el equilibrio entre el consentimiento individual y el posible daño a los demás, tanto en términos de salud como a veces en términos de otros factores (como el daño económico a los establecimientos comerciales). También es un claro ejemplo de utilizar procesos políticos (legislación) para alcanzar un objetivo de promoción de la salud, incluido el uso del poder coercitivo del Estado. Es posible que hayas considerado si es posible comparar diferentes intereses cuando son de diferentes tipos (como asignar un valor monetario a intereses no monetarios para facilitar las comparaciones). Este problema plantea nuevamente preguntas sobre cómo decidir entre diferentes puntos de vista de expertos, dadas las diferentes opiniones de los expertos sobre el daño causado por el humo de tabaco de segunda mano.

El tema de la promoción de la salud como experimentación probablemente planteará problemas sobre fines y medios, y si el objetivo deseable de producir buena evidencia justifica el uso de un enfoque experimental en la asignación de recursos o experimentando con diferentes intervenciones; si esto implica tratar a los participantes en la intervención como medios en lugar de fines y lo que esto implica, tal vez refiriéndose a la Actividad 4.4. Puedes hacer comparaciones con los ensayos clínicos de intervenciones en la atención médica, que son una parte central en la licencia de productos medicinales, aunque estos también tienen sus propios dilemas éticos y la participación en ensayos clínicos normalmente implica el consentimiento.

Resumen

Has aprendido acerca de los aspectos políticos y éticos de la promoción de la salud, incluyendo la identificación de algunos de los problemas políticos y éticos que puede plantear la promoción de la salud. También has aprendido acerca de cinco enfoques diferentes para considerar los problemas políticos y los equilibrios que se deben encontrar: una sociedad perfecta, descrita por Platón; el utilitarismo; el liberalismo y la libertad individual; el enfoque de los cuatro principios; y hasta qué punto debería haber límites morales para los mercados. Todos estos enfoques tienen ventajas y desventajas, y el marco en el que se lleva a cabo la promoción de la salud involucrará elementos de estos y otros enfoques.

Referencias

Beauchamp, T. and Childress, J. (2009) Principles of Biomedical Ethics (6th edn.). New York: Oxford University Press.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008) Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.

Harford, T. (2011) Adapt: Why Success Always Starts with Failure. London: Hachette Digital.

Mill, J. (1990) On Liberty, in M. Warnock (ed.) Utilitarianism, On Liberty, Essay on Bentham: Together with Selected Writings of Jeremy Benthan and John Austin. Glasgow: Collins/Fontana.

Plato (1989) The Republic, in E. Hamilton and H. Cairns (eds.) The Collected Dialogues of Plato, including the Letters. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Sandel, M. (2012) What Money Can’t Buy: The Moral Limits of Markets. London: Penguin.

Thaler, R.H. and Sunstein, C.R. (2009) Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness (illustrated, reprint edition). London: Penguin.

Lectura adicional

Burns, J.H. and Hart, H.L.A. (eds.) (1977) The Introduction to the Principles of Morals and Legislation. London: Athline Press.

Cribb, A. and Duncan, P. (2002) Health Promotion and Professional Ethics. Oxford: Blackwell.

Elster, J. (1989) Nuts and Bolts for the Social Sciences. Cambridge: Cambridge University Press.

Norman, R. (1998) The Moral Philosophers: An Introduction to Ethics (2nd edn.). Oxford: Oxford University Press.

Sandel, M.J. (2012) What Money Can’t Buy: The Moral Limits of Markets. London: Penguin. Seedhouse, D. (1998) Ethics: The Heart of Health Care (2nd edn.). Chichester: Wiley.

SECCIÓN 2: Utilizar la teoría para informar la práctica de promoción de la salud

5. Utilizar la teoría para guiar el cambio a nivel individual - Don Nutbeam

Resumen

Este capítulo proporciona una visión general del uso de la teoría para guiar la promoción de la salud dirigida a lograr cambios a nivel individual, basándose en algunas de las teorías y modelos más influyentes que han guiado la práctica de promoción de la salud en el pasado reciente y que siguen siendo influyentes. Cuando se utilizan de manera reflexiva, las teorías pueden mejorar en gran medida la efectividad y sostenibilidad de los programas de promoción de la salud.

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, podrás:

- Identificar formas en las que el uso de la teoría puede ayudarte a comprender la naturaleza del problema de salud que se aborda, incluyendo las necesidades y motivaciones de la población objetivo.

- Explicar o hacer proposiciones sobre cómo cambiar los comportamientos relacionados con la salud y los determinantes sociales y ambientales de la salud.

- Reconocer las medidas clave utilizadas para monitorear y evaluar una intervención de promoción de la salud.

Términos clave

Comportamiento de salud: Acciones emprendidas por un individuo que tienen un efecto (positivo o negativo) en la salud.

Autoeficacia: Creencia en la capacidad y habilidad de uno para lograr una meta.

Determinantes sociales de la salud: Factores sociales, económicos y ambientales que impactan en los comportamientos de salud y determinan el estado de salud de individuos o poblaciones.

Normas sociales: Patrón de comportamiento en un grupo, comunidad o cultura en particular, aceptado como normal y al cual se espera que un individuo se adapte.

Teoría: Conocimiento sistemáticamente organizado diseñado para analizar, predecir o explicar fenómenos observables que se pueden utilizar como base para la acción.

Introducción

No todas las formas de intervención en salud pública tienen el mismo éxito en alcanzar sus objetivos. La experiencia nos dice que las intervenciones de promoción de la salud son más propensas a tener éxito cuando se comprenden bien los determinantes de un problema de salud o tema, se abordan las necesidades y motivaciones de la población objetivo, y se tiene en cuenta el contexto en el que se implementa el programa.

Aunque muchos proyectos y programas de promoción de la salud se desarrollan e implementan sin hacer referencia explícita a la teoría, existe evidencia sustancial de investigaciones publicadas que demuestran que el uso de la teoría mejora significativamente las posibilidades de éxito en el logro de los objetivos preestablecidos del programa (Glanz et al., 2008; Nutbeam et al., 2010).

Teoría

La teoría se puede definir como conocimiento sistemáticamente organizado aplicable en una variedad relativamente amplia de circunstancias, diseñado para analizar, predecir o explicar la naturaleza o el comportamiento de un conjunto específico de fenómenos que podrían usarse como base para la acción (Van Ryn y Heany, 1992). Una teoría completamente desarrollada explicaría:

- Los principales factores que influyen en el fenómeno de interés, por ejemplo, aquellos factores que explican por qué algunas personas son regularmente activas físicamente y otras no lo son.
- La relación entre estos factores, por ejemplo, la relación entre el conocimiento, las creencias, las normas sociales y los comportamientos, como la actividad física.
- Las condiciones en las que estas relaciones ocurren o no ocurren. Cómo, cuándo y por qué existen relaciones, por ejemplo, el tiempo, el lugar y las circunstancias que, previsiblemente, llevan a una persona a ser activa o inactiva.

Uso de la teoría en la práctica

La mayoría de las teorías de promoción de la salud provienen de las ciencias del comportamiento y sociales. Se basan en disciplinas como la psicología y la sociología, así como en actividades como la gestión, el comportamiento del consumidor y el marketing. Esta diversidad refleja el hecho de que la práctica de la promoción de la salud no solo se preocupa por el comportamiento de las personas, sino también por la forma en

que se organiza la sociedad y las políticas y estructuras organizativas que sustentan la organización social.

Muchas de las teorías comúnmente utilizadas en la promoción de la salud no están altamente desarrolladas de la manera sugerida en la definición anterior, ni han sido rigurosamente probadas en comparación, por ejemplo, con la teoría en las ciencias físicas. Por estas razones, muchas de las teorías mencionadas a continuación se denominan con mayor precisión "modelos".

El potencial de la teoría para guiar el desarrollo de intervenciones de promoción de la salud es considerable. Existen varios modelos de planificación diferentes utilizados por los profesionales de la promoción de la salud. A nivel internacional, uno de los modelos de planificación más conocidos es el modelo PRECEDE/PROCEED desarrollado por Green y Kreuter (2005), y el marco RE-AIM desarrollado por Glasgow y colegas (1999). También se han producido varias variaciones de este enfoque, a menudo en un intento de incorporar mejor los determinantes sociales y ambientales de la salud que los modelos establecidos.

En cada caso, estos modelos y pautas siguen una secuencia estructurada que incluye la planificación, implementación y evaluación. La referencia a diferentes teorías puede guiar e informar a los profesionales en cada una de estas etapas. La Figura 5.1 proporciona un resumen de las fases clave del proceso, así como ejemplos de los diferentes elementos, acciones e indicadores que se pueden utilizar para dar forma a la planificación, implementación y evaluación del programa. El uso de la teoría en cada una de estas etapas se considera a su vez.

Definición del problema

La identificación de los parámetros del problema de salud que se abordará puede implicar el uso de una amplia gama de información epidemiológica y demográfica, así como información de fuentes disponibles sobre comportamientos relacionados con la salud, condiciones sociales, económicas y ambientales, y conocimiento de las necesidades y prioridades de la comunidad. Aquí, diferentes teorías pueden ayudar a identificar en qué debe centrarse una intervención.

Específicamente, la teoría puede informar la elección del enfoque para la intervención. Esto puede ser las características individuales, creencias y valores asociados con diferentes comportamientos relacionados con la salud y que pueden ser susceptibles de cambio. Alternativamente, el enfoque podría estar en condiciones sociales o ambientales que puedan necesitar ser modificadas.

Generación de soluciones

El segundo paso implica el análisis de soluciones potenciales, lo que conduce al desarrollo de un plan de programa que especifique los objetivos y estrategias a emplear, así como la secuencia de actividades. La teoría es especialmente útil aquí al proporcionar orientación sobre cómo y cuándo se puede lograr un cambio en la población objetivo, la organización o la política. También puede generar ideas que de otra manera no se le hubieran ocurrido.

Diferentes teorías pueden ayudar a comprender los métodos que se podrían utilizar como enfoque de sus intervenciones, específicamente mejorando la comprensión de los procesos mediante los cuales se producen cambios en las variables

objetivo (es decir, personas, organizaciones y políticas) y aclarando los medios para lograr el cambio en estas variables objetivo. Por ejemplo, la teoría puede ayudar a explicar la influencia de diferentes influencias sociales o condiciones ambientales y su impacto en las elecciones de comportamiento individuales. Estos conocimientos ayudarán en el diseño de un programa, por ejemplo, al indicar cómo los cambios en el entorno pueden tener un impacto en el comportamiento saludable.

Así, aquellas teorías que explican y predicen el comportamiento saludable individual y grupal, así como aquellas que identifican métodos para cambiar estos determinantes del comportamiento saludable y la práctica organizativa, merecen una consideración detallada en esta fase de planificación. Algunas teorías también informan las decisiones sobre el momento y la secuencia de sus intervenciones para lograr efectos máximos.

Desarrollo de capacidades

Una vez que se ha desarrollado un plan de programa, la primera fase de implementación generalmente se dirige a generar interés público y político en el programa, movilizar recursos para la implementación del programa y desarrollar capacidades en las organizaciones a través de las cuales el programa puede operar (por ejemplo, escuelas, lugares de trabajo, gobiernos locales). Los modelos y teorías que indican cómo influir en la política y los procedimientos organizativos son particularmente útiles aquí, al igual que la teoría que guía el desarrollo y uso de diferentes medios, incluyendo, por ejemplo, las redes sociales.

Acciones de promoción de la salud

La implementación de un programa puede involucrar múltiples estrategias, como la educación y la movilización social. Aquí, los elementos clave de la teoría pueden proporcionar un punto de referencia con el cual se puede considerar la selección real de métodos y la secuencia de una intervención en relación con la implementación teóricamente ideal de programas.

En la práctica, no siempre es posible hacer lo que podría ser teóricamente ideal. El uso de la teoría le ayuda a comprender el éxito o fracaso observado en diferentes programas al resaltar el posible impacto de las diferencias entre lo que se planeó y lo que realmente ocurrió en la implementación del programa. También puede ayudar a identificar y describir los elementos clave de un programa que pueden servir de base para la difusión de programas exitosos.

Evaluación de resultados

Se espera que las intervenciones de promoción de la salud tengan un impacto inicial en procesos o actividades como la participación personal y comunitaria, las prácticas organizativas e incluso las políticas gubernamentales. La teoría puede proporcionar orientación sobre las medidas apropiadas que se pueden utilizar para evaluar dichas actividades. Por ejemplo, cuando la teoría sugiere que el objetivo de las intervenciones es lograr un cambio específico en el conocimiento sobre algo (por ejemplo, peso saludable) o cambios en las actitudes sociales hacia algo (como el tabaquismo), la medición de estos cambios se convierte en el primer punto de evaluación. Estas medidas de impacto a menudo se denominan resultados de promoción de la salud (consulte la Figura 5.1).

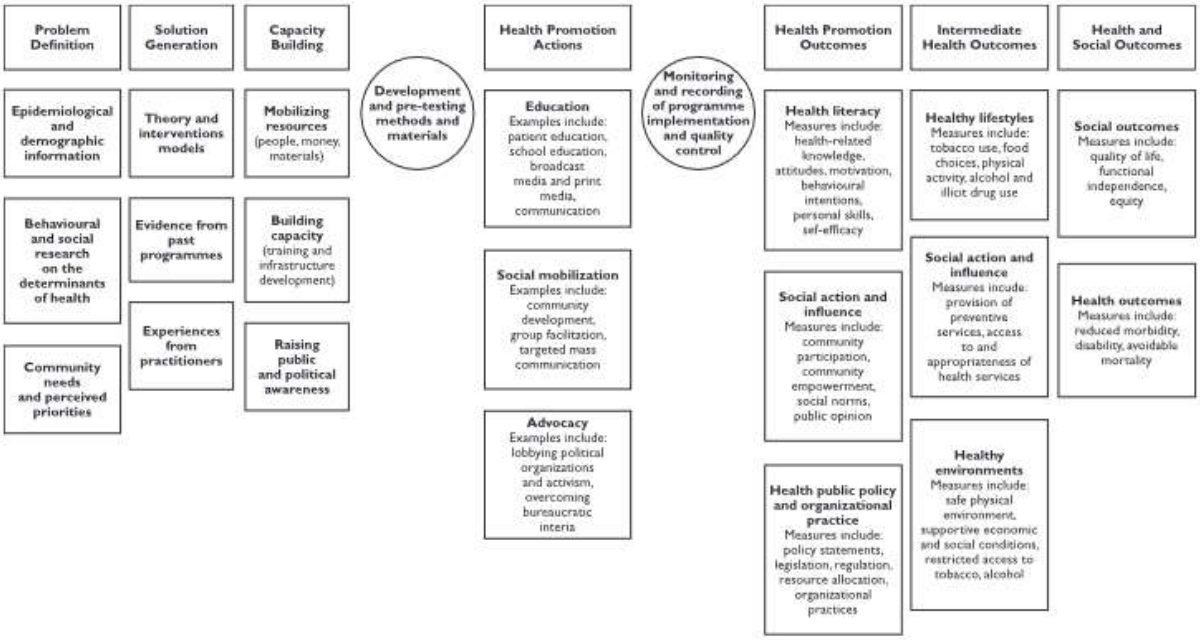


Figura 5.1 Un modelo de planificación para la promoción de la salud. En el libro ya agotado Nutbeam, D. (2001) Effective health promotion programmes, en Pencheon D, Guest C, Meltzer, D., Muir, Gray, J.A. (eds.) Oxford Handbook of Public Health Practice. Reproducido con permiso de Oxford University Press.

La evaluación de resultados intermedios es el siguiente nivel de evaluación. La teoría también se puede utilizar para predecir los resultados de salud intermedios que se buscan a través de una intervención. Por lo general, estos son modificaciones en el comportamiento de las personas o cambios en las condiciones sociales, económicas y ambientales que determinan la salud o influyen en el comportamiento. Por ejemplo, las teorías pueden predecir las formas en que los cambios en el conocimiento, las

motivaciones y las intenciones conducirán a cambios en los comportamientos de salud.

Los resultados de salud y sociales se refieren a los resultados finales de una intervención en términos de cambios en el estado de salud física o mental, en la calidad de vida o en la equidad mejorada en salud dentro de las poblaciones. La definición de los resultados finales se basará en relaciones teóricamente predichas entre los cambios en los resultados de salud intermedios (comportamientos y condiciones sociales) y los resultados de salud finales.

La Tabla 5.1 resume las áreas de cambio y algunas de las teorías o modelos que los respaldan para apoyar la planificación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Este capítulo te presenta algunas teorías importantes utilizadas para guiar el cambio de comportamiento individual. Otras se describen en otras partes de este libro.

Tabla 5.1 Áreas de cambio y las teorías o modelos que las fundamentan. De Nutbeam, D., Harris, E., Wise, M. (2010) Theory in a Nutshell: A Practical Guide to Health Promotion Theories. Reproducido con permiso de McGraw-Hill.

Áreas de cambio	**Teorías o modelos**
Teorías que explican el comportamiento de salud y el cambio de comportamiento centrándose en el individuo	- Modelo de creencias de salud
	- Teoría de la acción razonada
	- Modelo transteórico (etapas de cambio)
	- Teoría del aprendizaje social
Teorías que explican el cambio en las comunidades y la acción comunitaria para la salud	- Movilización comunitaria
	- Planificación social
	- Acción social
	- Desarrollo comunitario
	- Difusión de innovaciones
Teorías que guían el uso de estrategias de comunicación para el cambio y promoción de la salud	- Comunicación para el cambio de comportamiento
	- Marketing social
Modelos que explican los cambios en las organizaciones y la creación de prácticas organizativas que apoyan la salud	- Teorías del cambio organizacional
	- Modelos de acción intersectorial
Modelos que explican el desarrollo y la implementación de políticas públicas saludables	- Marco para políticas públicas saludables
	- Salud en todas las políticas
	- Evaluación del impacto en la salud

Fuente: Nutbeam et al. (2010)

Seleccionar una teoría adecuada

Las teorías no son enunciados estáticos que se puedan aplicar a todos los problemas en todas las circunstancias. En la promoción de la salud, algunas de las teorías utilizadas han sido ampliamente refinadas y desarrolladas a la luz de la experiencia, mientras que otras son "trabajos en progreso", ideas menos desarrolladas sujetas a continuos refinamientos. La gama de teorías utilizadas en la promoción de la salud se ha ampliado en las últimas dos décadas, pasando de centrarse en la modificación del comportamiento individual a reconocer la necesidad de influir y cambiar una amplia gama de factores sociales, organizacionales y ambientales que influyen en la salud, junto con las elecciones de comportamiento individual.

La elección del enfoque correcto está mediada por la naturaleza del problema, sus determinantes y las oportunidades de acción. Los programas que operan en múltiples niveles, como los previstos por la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986), tienen más probabilidades de abordar la gama completa de determinantes de los problemas de salud en las poblaciones y, por lo tanto, tener el mayor efecto.

Actividad 5.1

En esta actividad, considerarás la amplia gama de acciones e intervenciones diferentes que se pueden utilizar en la promoción de la salud. Considera un programa para mejorar la aceptación de la vacunación infantil en tu país. Sugiere algunas intervenciones que podrían implementarse con los padres individuales, toda una comunidad local, la organización de los servicios y toda la población a nivel nacional.

Retroalimentación

Las posibles intervenciones podrían incluir:

- Para los padres individuales: educación para informar y motivar a los padres individuales a vacunar a sus hijos.
- Para la comunidad local: facilitación del debate comunitario para cambiar las percepciones sociales sobre la seguridad y conveniencia de la vacunación, y las normas sociales sobre la necesidad de vacunación.
- Para la organización de los servicios: cambios en la práctica organizativa para mejorar los sistemas de recordatorio y notificación a los padres y proporcionar clínicas más convenientemente ubicadas.
- A nivel nacional: cambio de política que proporcione incentivos financieros (u otros materiales) para que los padres y los médicos vacunen a los niños.

Se sigue que ninguna teoría única domina la práctica de la promoción de la salud, y tampoco podría hacerlo, dada la variedad de problemas de salud y sus determinantes, la diversidad de poblaciones y entornos, y las diferencias en los recursos, habilidades y oportunidades disponibles para los profesionales.

Dependiendo del nivel de intervención (individual, grupo, organización o nación) y el tipo de cambio (comportamiento simple, comportamiento complejo, cambio organizacional o de políticas), diferentes teorías tendrán mayor relevancia y se adaptarán mejor al problema. Ninguna de las teorías o modelos presentados en este libro puede adoptarse simplemente como la respuesta a todos los problemas. Con mayor frecuencia, se

beneficia al utilizar más de una teoría para que se ajuste a los múltiples niveles del programa que se está contemplando.

Para que sean útiles y pertinentes, los diferentes modelos y teorías deben ser fácilmente comprensibles y aplicables en una amplia variedad de condiciones de la vida real. Aunque constantemente nos recuerdan que "no hay nada tan práctico como una buena teoría", es posible que sigamos siendo algo escépticos sobre la capacidad de las teorías de intervención para proporcionar la orientación necesaria para desarrollar una intervención efectiva en un entorno complejo.

Las teorías y modelos son representaciones simplificadas de la realidad: nunca pueden incluir o explicar todas las complejidades del comportamiento individual, social u organizacional. Sin embargo, si bien el uso de la teoría por sí solo no garantiza programas efectivos, el uso de la teoría en la planificación, implementación y evaluación de programas mejorará las posibilidades de éxito. Uno de los mayores desafíos para ti es identificar la mejor manera de lograr una concordancia entre los problemas de interés y las teorías o modelos establecidos, lo cual podría mejorar la efectividad de un programa o intervención.

Modelos teóricos para el cambio de comportamiento individual en salud

Una de las principales raíces de la promoción de la salud se encuentra en la aplicación de la psicología de la salud al cambio de comportamiento en salud. La evidencia de esto se puede observar en el crecimiento fenomenal en la disciplina de la psicología de la salud y la evolución del concepto de medicina conductual en los últimos 20 años. Esta disciplina ha tenido una influencia significativa. Durante varias décadas, los

investigadores han buscado explicar, predecir y cambiar el comportamiento en salud a través del desarrollo y aplicación de teorías y modelos que evolucionan a partir de la psicología y, en particular, de la psicología social. Ahora exploraremos tres teorías que se han propuesto para explicar el comportamiento de salud individual.

El modelo de creencias de salud

Este es uno de los modelos teóricos más establecidos diseñados para explicar el comportamiento de salud al comprender las creencias de las personas sobre la salud. Originalmente se planteó para explicar por qué las personas participan en programas de detección de salud y vacunación, y se ha desarrollado para su aplicación en otros tipos de comportamiento de salud.

En su núcleo, el modelo sugiere que la probabilidad de que un individuo tome medidas para un determinado problema de salud se basa en la interacción entre cuatro tipos de creencias (Figura 5.2). El modelo predice que los individuos tomarán medidas para proteger o promover la salud si:

- Perciben que son susceptibles a una condición o problema.

- Creen que tendrá consecuencias potencialmente graves.

- Creen que existe un curso de acción disponible que reducirá su susceptibilidad o minimizará las consecuencias.

- Creen que los beneficios de tomar medidas superarán los costos o barreras.

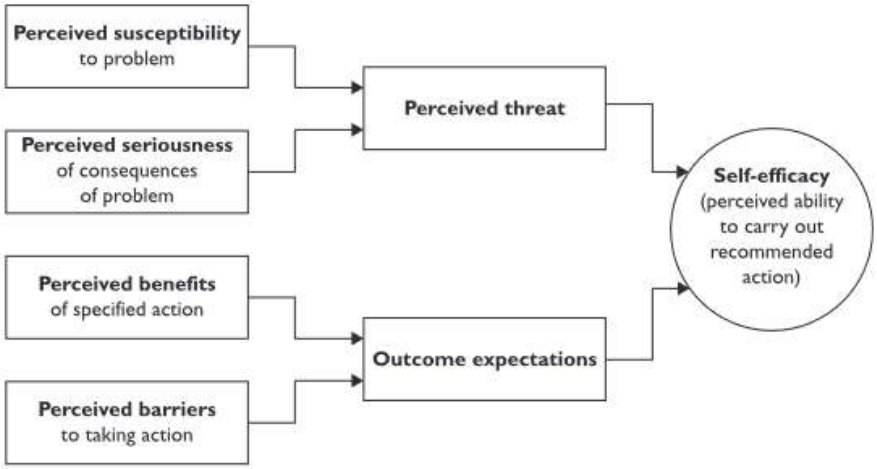


Figura 5.2 El modelo de creencias de salud. De Nutbeam, D., Harris, E., Wise, M. (2010) Theory in a Nutshell: A Practical Guide to Health Promotion Theories. Reproducido con permiso de McGraw-Hill.

Actividad 5.2

En esta actividad, considerarás la aplicación práctica del modelo de creencias de salud en la promoción de la salud. Imagina que estás desarrollando un programa de educación pública para la prevención del VIH en tu país. Enumera las creencias necesarias para que las personas adopten cambios en su comportamiento para minimizar su riesgo de infección según el modelo de creencias de salud. Si es útil, dirige el proyecto a un grupo de población específico (como adolescentes o trabajadores sexuales).

Retroalimentación

Las personas necesitarían:

- Creer que están en riesgo de infección por VIH.

- Creer que las consecuencias de la infección son graves.

- Recibir estímulos de apoyo para la acción que puedan desencadenar una respuesta (como publicidad dirigida en los medios de comunicación).

- Creer que las prácticas de minimización de riesgos (como el sexo seguro o la abstinencia) reducirán en gran medida el riesgo de infección.

- Creer que los beneficios de tomar medidas para reducir el riesgo superarán los posibles costos y barreras, como la reducción del disfrute y las reacciones negativas de su pareja.

- Creer en su capacidad para tomar medidas efectivas, como seguir y mantener comportamientos de sexo seguro.

Los estudios han demostrado cómo algo tan simple como el uso de una tarjeta postal para recordar a los padres las vacunas que deben recibir sus hijos es efectivo para aumentar las tasas de vacunación. Hawe y sus colegas (1998) compararon la diferencia en el impacto en las tasas de vacunación entre el uso del modelo de creencias de salud para guiar el contenido de un mensaje simple en una tarjeta postal para animar a los padres a llevar a sus hijos a vacunarse, y el de una tarjeta estándar que solo proporcionaba la hora y el lugar de la clínica de vacunación. Esta simple modificación, guiada por el modelo de creencias de salud, produjo una mejora significativa en la adopción de la vacunación en la comunidad en la que se probó.

Generalmente, se ha encontrado que el modelo de creencias de salud es más útil cuando se aplica a comportamientos para los cuales fue originalmente desarrollado, especialmente estrategias de prevención como la detección y la vacunación.

Ha sido menos útil para guiar intervenciones destinadas a abordar comportamientos más a largo plazo, complejos y socialmente determinados, como el consumo de alcohol y tabaco. La ventaja del modelo radica en la forma relativamente sencilla en que ilustra la importancia de las creencias individuales sobre la salud y los costos y beneficios relativos de las acciones para proteger o mejorar la salud. Tres décadas de investigación han indicado que promover cambios en las creencias puede llevar a cambios en el comportamiento en salud que contribuyen a mejorar el estado de salud. Los cambios en el conocimiento y las creencias casi siempre formarán parte de un programa de promoción de la salud, y el modelo de creencias de salud proporciona un punto de referencia en el desarrollo de mensajes para mejorar el conocimiento y cambiar las creencias utilizando medios impresos, electrónicos y otros medios de comunicación masiva.

El modelo de cambio de etapas (transteórico)

Prochaska y DiClemente (1984) desarrollaron este modelo para describir y explicar las diferentes etapas en el cambio de comportamiento. El modelo se basa en la premisa de que el cambio de comportamiento es un proceso, no un evento, y que las personas tienen diferentes niveles de motivación o disposición para el cambio. Se han identificado cinco etapas de cambio, que se muestran en la Figura 5.3:

- Precontemplación: esto describe a las personas que ni siquiera están considerando cambiar su comportamiento o que conscientemente tienen la intención de no cambiar.
- Contemplación: la etapa en la que una persona considera hacer un cambio en un comportamiento específico.

- Determinación (o preparación): la etapa en la que una persona se compromete seriamente a cambiar.
- Acción: la etapa en la que se inicia el cambio de comportamiento.
- Mantenimiento: mantener el cambio y lograr mejoras predecibles en la salud. La recaída también puede ser la quinta etapa.

Desde una perspectiva de planificación de programas, el modelo es particularmente útil para indicar cómo diferentes procesos de cambio pueden influir en la forma en que se organizan las actividades. Varios procesos han sido consistentemente útiles para apoyar el movimiento entre etapas. Estos procesos son más o menos aplicables en diferentes etapas de cambio. Por ejemplo, crear conciencia puede ser más útil entre los precontempladores que pueden no ser conscientes de la amenaza para la salud que representa su comportamiento, mientras que la comunicación de los beneficios del cambio y la ilustración del éxito de otras personas en el cambio pueden ser importantes para aquellos que están contemplando el cambio. Una vez que se ha iniciado el cambio en la etapa de acción, el apoyo social y el control de estímulos (por ejemplo, evitando ciertas situaciones o teniendo apoyos ambientales) son más importantes.

Al combinar las etapas de cambio de comportamiento con procesos específicos, el modelo especifica cómo podrían organizarse las intervenciones para diferentes poblaciones, con diferentes necesidades y en diferentes circunstancias. El modelo de etapas de cambio enfatiza la necesidad de investigar las características de la población objetivo, la importancia de no asumir que todas las personas están en la misma etapa y la necesidad de organizar las intervenciones de manera

secuencial para abordar las diferentes etapas que se encontrarán.

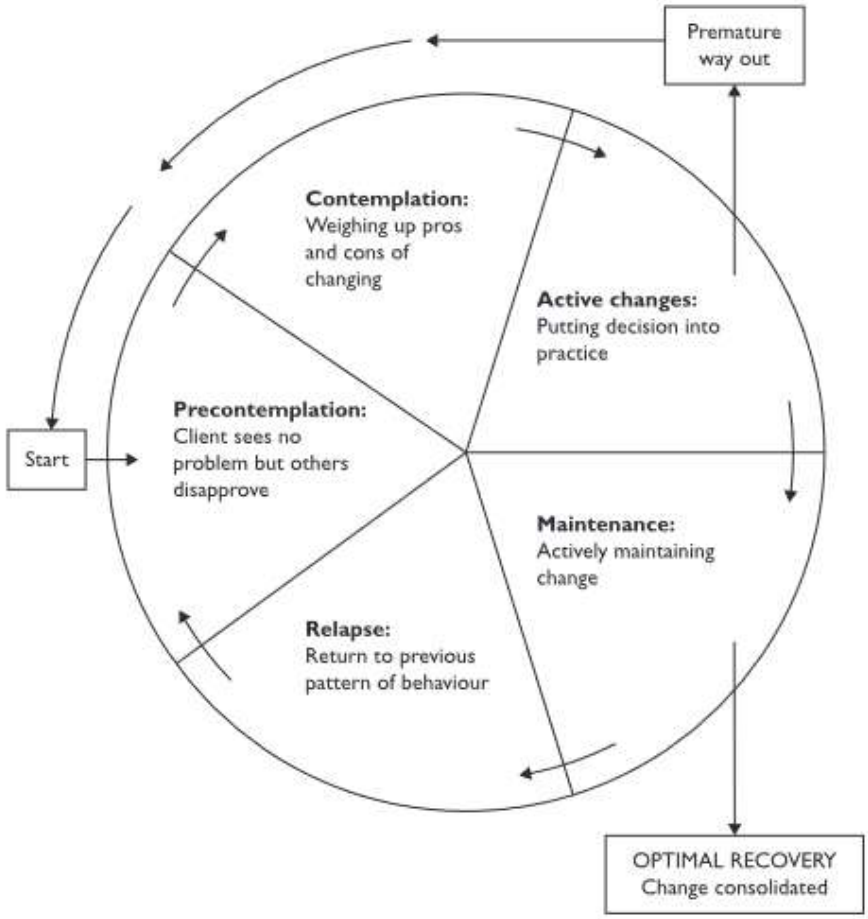


Figura 5.3 El modelo de cambio de etapas (transteórico). De Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1984) The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. Reproducido con permiso de Dow Jones Irwin.

El modelo se ha aplicado en una amplia variedad de entornos y para abordar una variedad de comportamientos y condiciones. Por ejemplo, se ha utilizado en un programa laboral para

promover la actividad física regular y el manejo del estrés, intervenciones que tradicionalmente han tenido un éxito limitado. Prochaska y sus colegas (2008) probaron una intervención que utilizó el modelo de etapas de cambio para adaptar las intervenciones al nivel actual de actividad y motivación para el cambio de los trabajadores. La intervención consistió en una comunicación adaptada trans teóricamente (TTM), entrevistas motivacionales (MI) y una breve intervención de riesgo para la salud (HRI) en una muestra de lugar de trabajo de acuerdo con la etapa de cambio. La intervención produjo resultados prometedores a corto plazo al apoyar a muchos participantes a avanzar a través de las diferentes etapas de cambio hacia una actividad más regular y una gestión efectiva del riesgo.

Actividad 5.3

En esta actividad, considerarás la aplicación práctica del modelo transteórico. Identifica tres formas diferentes de intervención que ayudarían a las personas a controlar su peso, pasando de su etapa actual de cambio a la siguiente etapa.

Retroalimentación

Existen muchas formas de intervención que podrías haber sugerido. Por ejemplo, en la etapa de contemplación, proporcionar información y consejos sobre los problemas de salud asociados con el sobrepeso y la viabilidad de perder peso podría ayudar a un paciente a pasar de la etapa de precontemplación a la etapa de contemplación. El desarrollo de un plan individualizado para la pérdida de peso y proporcionar un mecanismo de retroalimentación pueden ayudar a inclinar el "balance decisional" de la etapa de determinación a la etapa de acción. Mejorar el acceso a instalaciones de gimnasio y

proporcionar opciones de alimentos saludables en una cafetería laboral pueden ayudar con el mantenimiento a largo plazo de un peso óptimo.

El modelo de etapas de cambio se ha convertido en un punto de referencia importante en las intervenciones de promoción de la salud debido a su ventaja evidente al centrarse en el proceso de cambio. El modelo es importante para enfatizar la variedad de necesidades de una intervención en una población determinada, las necesidades cambiantes de diferentes poblaciones y la necesidad de la secuenciación de intervenciones para que coincidan con las diferentes etapas de cambio. Ilustra la importancia de adaptar los programas a las necesidades y circunstancias reales de las personas, en lugar de asumir que una intervención será igualmente aplicable para todos. Como ilustra la Actividad 5.3, también puede estimular la consideración de una amplia gama de intervenciones.

Sin embargo, una revisión reciente de los hallazgos de intervenciones de comportamiento saludable que utilizan el modelo transteórico (Bridle et al., 2005) encontró evidencia mixta de efectividad en estudios de "calidad altamente variable". Se ha criticado al modelo por no tener en cuenta la complejidad completa de los procesos de cambio de comportamiento. Aunque se ha propuesto como un modelo que sirve como un paraguas para otras teorías que guían la práctica de promoción de la salud, sus sólidas raíces en la psicología del comportamiento y su aplicación primaria en entornos clínicos con individuos hacen que esta evaluación sea algo optimista. Puede considerarse como un enfoque útil para definir necesidades y estructurar intervenciones para mejorar la salud de las personas.

Teoría cognitiva social

Esta es una de las teorías más ampliamente aplicadas en la promoción de la salud porque aborda tanto los determinantes subyacentes del comportamiento en salud como los métodos para promover el cambio. La teoría se basa en la comprensión de la interacción que ocurre entre un individuo y su entorno (Bandura, 1995). Las primeras investigaciones psicosociales tendían a centrarse en la forma en que el entorno moldea el comportamiento, al hacerlo más o menos gratificante comportarse de ciertas maneras. Por ejemplo, si en el trabajo no hay regulaciones sobre dónde las personas pueden fumar cigarrillos, es fácil ser fumador. Si se implementan regulaciones, es más difícil y, como consecuencia, la mayoría de los fumadores fuman menos y encuentran un entorno más propicio para dejar de fumar.

La teoría cognitiva social indica que la relación entre las personas y su entorno es más sutil y compleja. Por ejemplo, en circunstancias en las que un número significativo de personas no fuma y son asertivas en cuanto a su deseo de restringir el tabaquismo en un determinado entorno, incluso sin regulaciones formales, se vuelve mucho menos gratificante para el individuo que fuma. Es probable que modifiquen su comportamiento. En este caso, los no fumadores han influenciado la percepción del entorno del fumador a través de la influencia social.

Esto se conoce como "determinismo recíproco". Describe la forma en que un individuo, su entorno y su comportamiento interactúan continuamente e influyen entre sí. Comprender esta interacción y la forma en que la modificación de las normas sociales puede afectar el comportamiento ofrece una idea

importante de cómo se pueden modificar las conductas a través de intervenciones de promoción de la salud. Por ejemplo, buscar modificar las normas sociales con respecto al tabaquismo se considera una de las formas más efectivas de promover la cesación entre los adultos.

Además de esta comprensión básica de la relación entre el individuo y el entorno, una serie de factores cognitivos personales forman una tercera parte de esta relación, afectando y siendo afectados por comportamientos y entornos específicos. De estas cogniciones, tres son particularmente importantes. La primera de ellas es la capacidad de aprender al observar tanto el comportamiento de otros como las recompensas recibidas por diferentes patrones de comportamiento. Esto se denomina "aprendizaje observacional". Por ejemplo, algunas mujeres jóvenes pueden observar el comportamiento (como fumar) de personas a las que consideran sofisticadas y atractivas, por lo que las utilizan como modelos a seguir. Si observan y valoran las recompensas que asocian con fumar, como la atracción personal o una imagen deseable de sí mismas, es más probable que fumen ellas mismas; sus expectativas con respecto al tabaquismo son positivas. Esta comprensión refuerza aún más la importancia de tener en cuenta las influencias de los compañeros y las normas sociales en el comportamiento en salud, y el uso potencial de modelos a seguir para influir en las normas sociales.

La segunda de estas cogniciones es la capacidad de anticipar y valorar el resultado de diferentes patrones de comportamiento, denominado "expectativas". Por ejemplo, si crees que fumar te ayudará a perder peso y le das mucho valor a perder peso, entonces es más probable que comiences o continúes fumando. Esta comprensión enfatiza la importancia de comprender las

creencias personales y las motivaciones subyacentes en diferentes comportamientos, y la necesidad de enfatizar los beneficios a corto plazo y tangibles. Por ejemplo, se ha demostrado que los jóvenes responden mucho más a los efectos adversos a corto plazo del tabaquismo, como el mal aliento y la ropa maloliente, que a cualquier amenaza a largo plazo que represente para la salud, como el cáncer de pulmón o las enfermedades cardíacas.

La última cognición que enfatiza la teoría es la importancia de creer en la propia capacidad para realizar con éxito un comportamiento, denominado "autoeficacia". Se propone que la autoeficacia es el requisito previo más importante para el cambio de comportamiento y afectará la cantidad de esfuerzo que se dedica a una tarea y el resultado de esa tarea. La promoción de la autoeficacia es, por lo tanto, una tarea importante para lograr el cambio de comportamiento. Se ha propuesto que tanto el aprendizaje observacional como el aprendizaje participativo (por ejemplo, a través de la práctica supervisada y la repetición) conducirán al desarrollo del conocimiento y las habilidades necesarias para el cambio de comportamiento, conocidas como "capacidad conductual". Estas se ven como herramientas poderosas para construir confianza y autoeficacia.

En su conjunto, la teoría cognitiva social proporciona una base teórica integral e integrada para los programas de promoción de la salud. Reconoce la importancia fundamental de las creencias individuales, los valores y la confianza en sí mismo para determinar el comportamiento en salud, al igual que el modelo de creencias en salud. También identifica explícitamente la importancia de las normas sociales y las señales sociales (modelado social) y las influencias ambientales en el

comportamiento en salud, y la interacción continua entre estas variables.

La teoría cognitiva social también proporciona orientación práctica sobre cómo modificar estas influencias. Además, este modelo sugiere un papel diferente para el profesional de la salud, quien se convierte en un "agente de cambio", facilitando el cambio a través de la modificación del entorno social y el desarrollo de la autoeficacia de manera que permita a las personas actuar para mejorar su salud. Además, ayuda a comprender los múltiples niveles en los que un programa de promoción de la salud puede necesitar trabajar. La aplicación de este modelo se puede ver en intervenciones de promoción de la salud que combinan programas educativos con la modificación de los entornos sociales y físicos.

Actividad 5.4

En esta actividad, analizarás la aplicación práctica de la teoría cognitiva social. Utilizando las tres cogniciones clave de la teoría cognitiva social, identifica los componentes clave de un programa para reducir el inicio del consumo de tabaco entre los adolescentes en tu país.

Retroalimentación

Existen muchos tipos de acciones sugeridas por la teoría cognitiva social. Algunos ejemplos incluyen:

- Utilizar los medios de comunicación masiva (especialmente las redes sociales) para cambiar las normas sociales con respecto a la aceptabilidad de fumar.

- Utilizar modelos a seguir (por ejemplo, del ámbito deportivo, de la moda o de la música) para promover la no fumación.

- Cambiar las expectativas en relación al tabaquismo enfatizando las consecuencias a corto plazo, como el mal aliento y la ropa con mal olor.

- Trabajar con jóvenes en entornos formales (como el aula) para ayudarles a desarrollar autoeficacia en la resistencia a las presiones de sus compañeros para fumar.

Resumen

Has aprendido sobre la importancia de la teoría en la promoción de la salud y cómo aplicarla en el diseño y ejecución de actividades de promoción de la salud. Las teorías que se centran en el individuo brindan orientación importante sobre los elementos principales de los programas de promoción de la salud. En conjunto, las teorías y modelos descritos en este capítulo enfatizan la importancia del conocimiento y las creencias sobre la salud, la importancia de la autoeficacia (la creencia en la propia competencia para tomar medidas), la importancia de las normas sociales percibidas y las influencias sociales relacionadas con el valor que un individuo otorga a la aprobación social o aceptación por diferentes grupos sociales, y la importancia de reconocer que las personas en una población pueden estar en diferentes etapas de cambio en cualquier momento. Sin embargo, como se ha señalado en este capítulo, existen limitaciones en las teorías psicosociales que no tienen en cuenta adecuadamente las condiciones socioeconómicas y ambientales. En consecuencia, cambiar estas condiciones o la percepción de las mismas por parte de las personas es importante si se desea que las actividades de promoción de la salud sean efectivas.

Referencias

Bandura, A. (1995) Self-e ffi cacy in Changing Societies. New York: Cambridge University Press.

Bridle, C., Riemsma, R.P., Pattenden, J., Sowden, A.J., Mather, L., Watt, I.S. et al. (2005) Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model, Psychology and Health, 20(3): 283–301.

Glanz, K., Rimer, B.K. and Viswanath, K. (2008) Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice. San Francisco, CA: Jossey-B ass.

Glasgow, R.E., Vogt, T.M. and Boles, S.M. (1999) Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE- AIM framework, American Journal of Public Health, 89(9): 1322–7.

Green, L.W. and Kreuter, M.W. (2005) Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. Mountain View, CA: Mayfi eld.

Hawe, P., McKenzie, N. and Scurry, R. (1998) Randomised controlled trial of the use of a modifi ed postal reminder card on the uptake of measles vaccination, Archives of Disease in Childhood, 79: 136–40.

Nutbeam, D. (2001) Effective health promotion programmes, in D. Pencheon, C. Guest, D. Meltzer and J.A. Muir Gray (eds.) Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford: Oxford University Press.

Nutbeam, D., Harris, E. and Wise, M. (2010) Theory in a Nutshell: A Practical Guide to Health Promotion Theories. Sydney, NSW: McGraw-H ill.

Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1984) The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. Homewood, IL: Dow Jones Irwin.

Prochaska, J.O., Butterworth, S., Redding, C.A., Burden, V., Perrin, N., Leo, M. et al. (2008) Initial effi cacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion, Preventive Medicine, 46(3): 226–31.

Van Ryn, M. and Heany, C.A. (1992) What's the use of theory?, Health Education Quarterly, 19(3): 315–30. World Health Organization (WHO) (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO.

6. Utilizando la teoría para guiar el cambio a nivel comunitario - Morten Skovdal

Resumen

Aquellos preocupados por la promoción de la salud tienden a dirigir sus esfuerzos a varios niveles, desde el global, nacional y regional hasta el comunitario e individual. Cada nivel es importante y los profesionales de la promoción de la salud deben buscar armonizar estos esfuerzos multinivel. La comunidad es el punto de encuentro entre estos niveles. Las comunidades traducen los mensajes de promoción de la salud y promueven la cohesión social, dando forma a nuestras experiencias vividas y a la forma en que nos comportamos, incluyendo nuestros comportamientos relacionados con la salud. Comprender cómo interactuar con las comunidades locales para proporcionar entornos sociales que favorezcan la salud es fundamental para la teoría de la promoción de la salud. Por estas razones, este capítulo se centra en el papel promotor de la salud de la comunidad como un camino para el cambio.

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, podrás:

• Explicar la relevancia y el papel de las estructuras a nivel comunitario en la promoción de la salud.

• Recurrir a perspectivas conceptuales para comprender cómo los promotores de la salud pueden ayudar a guiar el cambio a nivel comunitario para mejorar la salud.

• Identificar formas de integrar mejor los programas de salud en un contexto social y facilitar las respuestas comunitarias para la salud.

Términos clave

Desarrollo de capacidad comunitaria: Capacitar a las personas en las comunidades para participar en acciones basadas en los intereses comunitarios.

Competencia en salud comunitaria: El grado en que una comunidad es favorable para la salud y responde a ella.

Respuesta comunitaria: La combinación de acciones y pasos tomados por los miembros de la comunidad para el bien público, incluida la provisión de bienes y servicios.

Concientización: El desarrollo de una conciencia crítica, una mejor comprensión de las desigualdades que existen en el mundo, especialmente en relación con uno mismo.

Aprendizaje y acción participativa: Un enfoque para aprender y colaborar con las comunidades utilizando métodos participativos y visuales para facilitar un proceso de aprendizaje y acción colectiva.

Salutogénesis: Un enfoque que se centra en los factores que apoyan la salud y el bienestar humano, en lugar de en los factores que causan enfermedades.

Capital social: Los beneficios sociales que se derivan de las redes sociales y la colaboración entre las personas, así como de sus valores y normas de comportamiento compartidos.

Introducción

Como se exploró en la Sección 1 de este libro, la Carta de Ottawa de 1986 se basó en la Declaración de Alma Ata y la filosofía de Salud para Todos al redefinir el campo de la promoción de la salud. Lo hizo al alentar un cambio desde el enfoque en la modificación de los individuos y sus comportamientos perjudiciales para la salud, hacia el reconocimiento de la importancia del entorno social en la conformación y determinación de las acciones de salud. Esto se debe a que la decisión de un individuo de participar en comportamientos perjudiciales para la salud, como fumar o rechazar el uso de un condón, no está necesariamente determinada por un pensamiento racional sobre los factores de riesgo, incluso si se tiene el conocimiento. En cambio, están influenciados por el grado en que el entorno social respalda, e incluso alienta, dichos comportamientos (Campbell, 2001). Los individuos no viven en un vacío, sino en contextos sociales y comunitarios que tienen el potencial de facilitar o inhibir comportamientos que mejoran la salud. Este es un cambio de paradigma que ha cambiado el papel de los promotores de la salud que trabajan a nivel comunitario. La promoción de la salud a nivel comunitario ya no se trata de que "expertos" proporcionen información relacionada con la salud a las audiencias objetivo, sino de interactuar con actores locales para desafiar prácticas y normas perjudiciales para la salud, así como facilitar soluciones definidas localmente a los problemas de salud. Sin embargo, este cambio real ha sido lento porque los métodos de promoción de la salud basados en la didáctica y la información son relativamente sencillos y fáciles de implementar en comparación con los enfoques de participación

y facilitación. Además, hay una comprensión limitada de las teorías que guían el cambio a nivel comunitario.

¿Qué entendemos por nivel comunitario?

Los profesionales de la promoción de la salud que trabajan a nivel comunitario se enfrentan al desafío de tener que definir qué se entiende por comunidad en el contexto de su trabajo. A menudo, comunidad se refiere a un área geográficamente delimitada, a un vecindario o a un pueblo. Si bien esta es una comprensión relativamente simple de comunidad, se vuelve más complicada cuando la definición se amplía para incluir a miembros que comparten una identificación social común. Esta comprensión de la comunidad reconoce que los individuos pertenecen a varias comunidades, tanto dentro de un área geográfica como más allá de ella, cada una de las cuales puede desempeñar un papel favorable o desfavorable para la salud. Una comunidad de identidad puede incluir a un grupo de personas que comparten un conjunto de creencias e historia (por ejemplo, una comunidad religiosa), una identidad sexual (por ejemplo, hombres homosexuales), experiencias de marginalización y discriminación (por ejemplo, personas que viven con una enfermedad estigmatizada), pasatiempos e intereses (por ejemplo, un club deportivo o jugadores en línea formando una comunidad virtual), o un propósito común hacia el cual trabajan colectivamente (por ejemplo, grupos de mujeres). Estas y otras agrupaciones sociales forman comunidades de personas con experiencias, intereses o creencias comunes. Es probable que las personas participen activamente y se beneficien de varias agrupaciones sociales diferentes en cualquier momento dado. Cómo se experimentan estas comunidades, así como su importancia para la salud,

difieren notablemente y pueden depender de la naturaleza de la interacción social que une a las personas.

Actividad 6.1

Esta actividad te anima a reflexionar sobre la diversidad de la comunidad. ¿A qué comunidades perteneces? Haz una lista de todas las comunidades a las que crees que perteneces. Piensa en qué te califica para ser miembro de estas comunidades y cómo cada una de esas comunidades juega un papel en facilitar tu salud y bienestar.

Retroalimentación

Tus ejemplos mostrarán cuán diversas son las comunidades, cómo se superponen y cómo influyen en el comportamiento.

Aunque Internet ha permitido que la interacción social trascienda más allá de la localidad de las personas, la mayoría de las interacciones sociales aún tienen lugar en entornos sociales locales, y como tal, la dimensión espacial de la comunidad sigue siendo significativa. Por lo tanto, a nivel comunitario en este capítulo se refiere al entorno social local donde las normas, las instituciones locales y la interacción social (a menudo en "comunidades de identidad") median las respuestas a la salud.

Entornos sociales que promueven la salud

Como se discutió en la Sección 1 de este libro, el campo de la promoción de la salud ha avanzado más allá de centrarse en el comportamiento individual y reconoce la importancia de una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales. El papel de los promotores de salud a nivel comunitario es, por lo tanto, facilitar el proceso de creación de entornos sociales que

promuevan la salud, donde las personas estén en condiciones de tomar el control y mejorar su propia salud y la de los demás. En consecuencia, la participación y el empoderamiento de la comunidad son fundamentales para la promoción de la salud a nivel comunitario. Antes de discutir las teorías que pueden guiar el cambio a nivel comunitario, es útil describir algunas de las estructuras sociales, actores y contextos que forman parte de un entorno social que promueve la salud y que desempeñan un papel clave facilitador o inhibidor en la promoción de la salud a nivel comunitario.

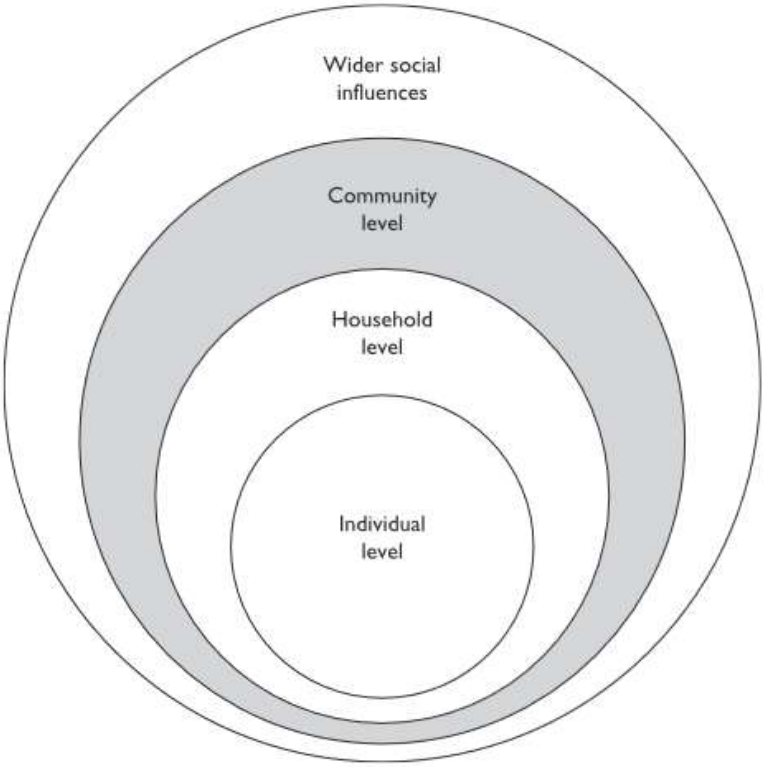


Figura 6.1 El modelo ecológico social

Fuente: Adaptado de Bronfenbrenner (1979)

Un modelo utilizado con frecuencia en el campo de la promoción de la salud para discutir los caminos hacia entornos sociales que promueven la salud y la interacción entre las estructuras sociales es el modelo ecológico social (Bronfenbrenner, 1979; Stokols, 1996). El modelo, como se ilustra en la Figura 6.1, sitúa de manera útil a la comunidad dentro de un contexto más amplio y vertical, ubicando a la comunidad en la intersección entre los individuos y su familia inmediata y los factores sociopolíticos y culturales más amplios, desempeñando así un papel clave en la mediación de iniciativas para mejorar la salud. Lo que destaca el modelo es que los cambios a nivel comunitario son interdependientes de influencias sociales más amplias. El empoderamiento y los comportamientos que promueven la salud no ocurren en un vacío. Específicamente, los contextos habilitan y, en algunos casos, inhiben la efectividad de las respuestas a nivel comunitario para la promoción de la salud. Esto significa que es esencial considerar las influencias sociales más amplias en la promoción de la salud a nivel comunitario. Estos contextos incluyen la disponibilidad de recursos materiales (por ejemplo, condones o financiamiento sostenido de actores globales), factores simbólicos (por ejemplo, políticas sociales alineadas con realidades locales o construcciones de género), problemas relacionales (por ejemplo, relaciones paciente-enfermero, nivel de participación comunitaria) y factores institucionales (por ejemplo, calidad y disponibilidad de servicios de salud) (Campbell y Cornish, 2010; Skovdal et al., 2011a, 2011b).

No obstante, es a nivel comunitario donde las iniciativas de promoción de la salud toman forma y se adaptan a realidades locales. Es a nivel comunitario donde se crean identidades y donde se lleva a cabo el conocimiento social, los significados

compartidos y los valores comunes, con la capacidad de influir en los comportamientos relacionados con la salud de manera positiva y negativa. Es a nivel comunitario donde se aprenden y practican los comportamientos relacionados con la salud, afirmando la conexión intrínsecamente social con la salud.

Jugando un papel activo en la formación de estas normas, valores y comportamientos relacionados con la salud están las estructuras sociales a nivel más pequeño e interdependientes anidadas horizontalmente dentro del nivel comunitario. Estas estructuras sociales representan actores tangibles, que incluyen una combinación de agentes de cambio externos, como organizaciones locales no gubernamentales, departamentos gubernamentales locales, escuelas e iglesias, así como grupos indígenas de la comunidad, redes y otras "comunidades de identidad". Aprender cómo interactuar y empoderar estas estructuras sociales es fundamental para la promoción de la salud a nivel comunitario.

El campo de la promoción de la salud está dominado por respuestas formales que permiten a las personas tomar el control y mejorar su salud. Aquí, las iniciativas de promoción de la salud, lideradas por organizaciones técnicas y con recursos, involucran a los miembros de la comunidad en el diseño e implementación de sus programas. Si bien esto sigue siendo importante e integral para las iniciativas de promoción de la salud, también es necesario reconocer que la mayoría de las respuestas a la salud continúan siendo lideradas por grupos y redes comunitarios locales, a menudo sin el apoyo de agentes de cambio externos. Esto es especialmente cierto en países donde la atención médica no es un bien público. Esto se puede ejemplificar mediante la respuesta comunitaria al VIH en África. Aquí se ha observado que los recursos comunitarios indígenas

(como normas comunitarias, redes, conexiones, activos, conciencia crítica y oportunidades de diálogo), aunque no siempre, brindan un importante apoyo "detrás de escena" para aquellos que viven con o están afectados por el VIH (Campbell et al., en prensa; Gregson et al., en prensa). Las respuestas comunitarias indígenas pueden tener un impacto positivo en el cambio de comportamiento y se puede aprender mucho de ellas para fortalecer y alinear las iniciativas de promoción de la salud a nivel comunitario con los recursos locales. El reconocimiento de las respuestas comunitarias indígenas también abre la oportunidad para que la promoción de la salud no solo se trate de permitir que las personas tomen el control de su salud, sino también de permitir que los miembros de la comunidad jueguen un papel en la mejora de la salud de los demás.

En este contexto, para facilitar entornos sociales que promuevan la salud de manera efectiva, los promotores de salud que trabajan a nivel comunitario deben reconocer y establecer vínculos entre las estructuras locales y globales que responden a la salud, estableciendo un diálogo entre los miembros de la comunidad local y los actores globales que penetran en las comunidades locales. Los promotores de salud que trabajan a nivel comunitario deben actuar como mediadores y hacer todo lo posible para comprender el contexto en el que trabajan e identificar actores clave y factores contextuales que faciliten o inhiban la salud y el bienestar. Los promotores de salud pueden utilizar esta información para trabajar con las estructuras comunitarias locales y diseñar una estrategia que establezca alianzas productivas que puedan trabajar en la construcción de entornos sociales que promuevan la salud. En consonancia con lo anterior, la Figura 6.2 detalla una pirámide que describe algunas preguntas que los promotores de salud

que trabajan a nivel comunitario pueden hacer para obtener una mejor comprensión de las estructuras sociales, los factores y los contextos que impactan el cambio a nivel comunitario. Esta información se puede utilizar para identificar caminos hacia un entorno social más propicio para la salud y puede informar una teoría del cambio.

¿Por qué necesitamos una teoría del cambio?

Las teorías del cambio nos ayudan a desentrañar los caminos hacia el cambio. A menudo son desarrolladas por científicos sociales y aplicadas por profesionales. Explican de manera explícita el papel de los promotores de salud y revelan el pensamiento y las creencias que guían nuestras suposiciones sobre cómo las intervenciones pueden tener un impacto. Una teoría del cambio articula qué actividades deben ocurrir para que se produzca un cambio esperado. En pocas palabras, al hacer x (una acción), se logrará y (un cambio). No hace falta decir que ninguna iniciativa de cambio social es tan sencilla, y la mayoría de las teorías maduras del cambio están compuestas por conocimientos organizados sistemáticamente que te brindan un mapa completo para considerar las poblaciones a las que estás sirviendo y ayudarte a establecer el contexto más amplio y otros factores importantes que influyen en el cambio. Trazar las condiciones previas que influyen en los caminos hacia el cambio puede ayudar a evitar el fracaso y optimizar el impacto de una estrategia de promoción de la salud.

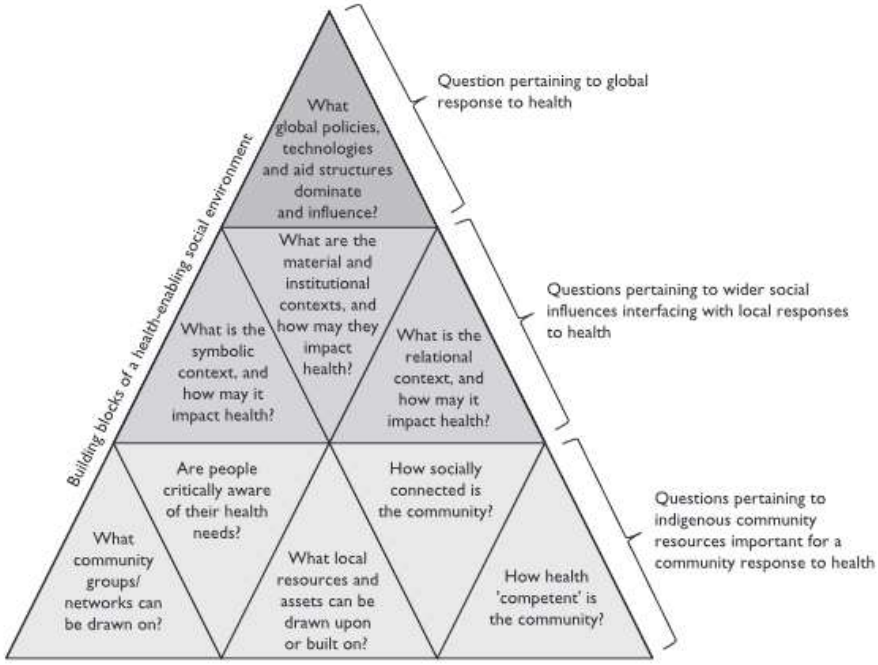


Figura 6.2 Preguntas a considerar al desarrollar una estrategia de promoción de la salud a nivel comunitario

Además, una teoría del cambio puede cristalizar los resultados previstos de una iniciativa de cambio social y ayudar así a los profesionales a planificar y desarrollar estrategias de promoción de la salud que puedan ser evaluadas. Una teoría del cambio puede convertirse en una herramienta útil para demostrar el éxito y las lecciones aprendidas.

Actividad 6.2

En esta actividad, analizarás cómo se aplican las teorías del cambio en la práctica. En Zimbabwe rural, algunos hombres no utilizan los servicios de prueba y tratamiento del VIH. Las concepciones locales de lo que significa ser un "hombre de verdad" parecen entrar en conflicto con las expectativas de los

usuarios de los servicios de VIH. Por ejemplo, algunos hombres en partes de Zimbabwe rural no quieren aceptar que son vulnerables y están en riesgo de contraer el VIH, y a aquellos que viven con el VIH se les dan lecciones (a menudo por enfermeras) sobre cómo vivir de manera saludable, solicitándoles que dejen de participar en ciertas actividades (como beber alcohol y tener relaciones extramaritales) en las que algunos hombres participan para proyectar y ejercer su masculinidad (Skovdal et al., 2011a). En relación con tu interés en mejorar el uso de los servicios de VIH por parte de los hombres en este contexto, desarrolla tu propia teoría del cambio haciendo las siguientes dos preguntas:

¿Qué cambio te gustaría ver para que los hombres en este contexto sean más propensos a utilizar los servicios de VIH?

¿Qué debe suceder en este contexto para que se realice tu cambio?

Retroalimentación

Tu cambio debe ser plausible y centrarse en los cambios en y entre personas y grupos que una iniciativa de cambio social pueda abordar de manera realista, por ejemplo, hacer que los hombres se sientan más cómodos con el VIH y los servicios relacionados con el VIH. Tu visión no debe apuntar a un estado idealizado e inalcanzable, como transformar las concepciones locales de la masculinidad. Tu visión debe ser dinámica y reflejar la complejidad de las estructuras sociales en las que se ubicaría la iniciativa.

Tus acciones, o precondiciones para el cambio, pueden consistir en cambios tangibles (por ejemplo, servicios de VIH amigables para hombres, como clínicas solo para hombres, enfermeros varones, grupos de apoyo entre pares para

hombres) o resultados de procesos (por ejemplo, cambios de actitud, comprensiones de la masculinidad más flexibles y comprensivas, relaciones de apoyo y confianza como resultado de conversaciones comunitarias, reuniones de grupos de pares o modelos de conducta comunitarios que discutan el impacto de la masculinidad en el uso de los servicios de VIH).

En el campo de la promoción de la salud, existe un reconocimiento creciente de la necesidad de aprender de los caminos hacia el logro y la salud como una forma de guiar las teorías del cambio. Por ejemplo, una teoría del cambio para abordar la inclinación de los hombres a utilizar los servicios de VIH podría fortalecerse al conocer cómo algunos hombres logran construir masculinidades amigables con los servicios de VIH y adherirse con éxito a la terapia antirretroviral sin sentir presión social para conformarse a las concepciones hegemónicas y locales de la masculinidad.

Perspectivas conceptuales y teorías que guían el cambio a nivel comunitario

Existen una serie de teorías y marcos conceptuales que buscan explicar, predecir y cambiar los caminos hacia entornos sociales que favorezcan la salud. En esta sección, aprenderás sobre cuatro perspectivas conceptuales clave que mejorarán tu comprensión de las posibilidades de cambio a nivel comunitario.

Conciencia crítica y acción colectiva

La acción colectiva para el cambio no ocurre de la noche a la mañana. Es el resultado de una creciente conciencia crítica de un problema social o de salud y del reconocimiento de la necesidad de unirse e instigar el cambio. Los escritos del educador brasileño Paulo Freire (1970, 1973) pueden

ayudarnos a entender por qué desarrollar una conciencia crítica es importante para generar acción y cambio colectivo, así como cómo lograrlo.

Para ello, Freire utiliza el ejemplo de la enseñanza didáctica y de arriba hacia abajo, un enfoque pedagógico adoptado en muchas partes del mundo, para argumentar que dicho enfoque de enseñanza asume que los estudiantes son seres pasivos que necesitan conocimiento controlado, sin fomentar el pensamiento crítico, y sirve para mantener a los ricos y la élite en el poder y oprimir aún más a los pobres y desfavorecidos. Por lo tanto, Freire aboga por un enfoque alternativo de enseñanza, en el cual los estudiantes y los profesores dialoguen como iguales, haciendo que los estudiantes sean parte integral del proceso de aprendizaje, en lugar de objetos. Para Freire, la educación debería centrarse en crear espacios sociales seguros para que ocurra el diálogo, permitiendo a las personas compartir sus experiencias de vida y, de manera colectiva e individual, desarrollar ideas, nuevas comprensiones y, en última instancia, una conciencia más crítica de sí mismos y de los demás. El pensamiento crítico, argumenta Freire (1973), evoluciona a lo largo de una serie de etapas, comenzando con el "pensamiento intransitivo". En esta etapa, las personas no ven como dentro de su poder y control instigar el cambio y mejorar su situación de vida. Si el cambio ocurre, es probable que se explique por la influencia de estructuras sociales más amplias o incluso por suerte. La siguiente etapa hacia un pensamiento más crítico se refiere al "pensamiento semi-transitivo". Aquí, las personas comienzan a ver la conexión entre sus acciones y el cambio en sus realidades vividas, y experimentan con diversas acciones para instigar el cambio. En esta etapa, sin embargo, aún pueden tener dificultades para

conectar sus problemas sociales con las estructuras sociales y determinantes más amplios que impactan sus vidas. La etapa final a la que Freire se refiere como "transitividad crítica". En esta etapa, las personas experimentan un despertar de la conciencia crítica, o conscientización como lo llamó Freire, y pueden comprometerse críticamente con su situación de vida y ver la conexión entre sus problemas sociales o su mala salud y la violencia estructural, opresión e desigualdades sociales que los mantienen en esta condición. Esto despertará su interés por instigar el cambio.

En resumen, la teoría del cambio de esta perspectiva conceptual es que la creación de espacios sociales para la reflexión y el diálogo crítico es un vehículo hacia una conciencia más crítica, donde las personas se vuelven conscientes críticamente de su situación social y se empoderan, aumentando la probabilidad y su interés en traducir esta conciencia en acción colectiva e instigar el cambio.

Una fortaleza de esta exposición teórica es que destaca la importancia de ver el desarrollo como un proceso que implica una asociación entre aquellos con más y menos poder. Los profesionales de la salud pueden utilizar esta teoría para reflexionar sobre cómo interactúan con las personas a nivel comunitario para desarrollar su conciencia crítica sobre los asuntos de salud e instigar el cambio. Photovoice, una herramienta de promoción de la salud basada en la teoría de la concientización de Freire, se describe más adelante en este capítulo como una herramienta potencial para facilitar el cambio a nivel comunitario.

Una limitación de la teoría es que no reconoce completamente la importancia de que las personas o comunidades

"despertadas" establezcan asociaciones con actores más recursosos, como los profesionales de la salud. Las personas y las comunidades pueden ser plenamente conscientes de las implicaciones para la salud de beber agua de un pozo utilizado también por el ganado, por ejemplo, pero no tienen los recursos y medios para construir un sistema de vallas y abrevaderos, o el dinero para el transporte para abogar por el cambio. La conciencia crítica es un requisito previo para el cambio a nivel comunitario, pero no debemos asumir que esto se traduce automáticamente en cambio y acción colectiva.

Participación comunitaria

Aunque la participación comunitaria ocurre con mayor frecuencia de manera natural y a través de redes sociales y grupos indígenas, de los cuales se puede aprender mucho, aquí nos enfocamos en el papel de los promotores de salud al utilizar el concepto de participación comunitaria para facilitar entornos sociales que promuevan la salud. La participación comunitaria es un principio fundamental de la promoción de la salud. Se acepta ampliamente que solo cuando los programas de salud facilitados externamente reconocen y aprovechan las estructuras locales y las formas de vida locales, resonarán con las necesidades locales, serán relevantes y contribuirán a cambios en los comportamientos relacionados con la salud y a una respuesta comunitaria efectiva ante la salud. Como concepto, la participación comunitaria es un terreno minado, su significado siempre es contextual y parcial, reflejando diferentes comprensiones y compromisos con el término. La participación comunitaria puede, por ejemplo, adoptar diferentes formas y reflejar diferentes grados de participación comunitaria. Peter Oakley (1991) distingue entre tres tipos de participación:

1. Participación como un recurso gratuito: Se invita a los miembros de la comunidad a involucrarse en un proyecto, implementando actividades. Este tipo de participación suele ser marginal e implica principalmente a los miembros de la comunidad para aprovechar los recursos comunitarios (por ejemplo, mano de obra, tierras, conocimientos, tiempo). Este tipo de participación no busca empoderar o adaptar una iniciativa de promoción de la salud a las necesidades locales, sino que se utiliza para cumplir los objetivos del programa diseñados externamente y utilizar a los miembros de la comunidad como un recurso gratuito. Por ejemplo, los trabajadores comunitarios de salud no remunerados capacitados por un agente externo de cambio para mejorar la higiene y las prácticas de lavado de manos de los miembros de la comunidad en una comunidad rural pueden pasar horas caminando de casa en casa hablando con ellos sobre sus prácticas de lavado de manos.

2. Participación como consulta: En este tipo de participación, se les puede preguntar a los miembros de la comunidad sobre sus prioridades, posibles soluciones para una necesidad de salud local, así como su nivel de participación en el programa. Sin embargo, el agente externo de cambio seguirá teniendo el control sobre el objetivo del programa y el tipo de actividades que se implementarán. Por ejemplo, una iniciativa de promoción de la salud que busca reducir la transmisión del VIH entre trabajadoras sexuales podría consultar a las trabajadoras sexuales sobre sus necesidades de salud sexual y descubrir que desean un mejor acceso a condones y educación sobre salud sexual por parte de educadores pares. El agente externo de cambio podría mejorar el acceso a condones, capacitar a educadores pares y hacer que faciliten la educación sobre salud

sexual, pero puede decidir mejorar el acceso a condones solo si ese fue el objetivo preestablecido.

3. Participación como control comunitario: Este nivel de participación permite a los miembros de la comunidad tener el control completo de la iniciativa de salud. Por ejemplo, una red de trabajadoras sexuales puede movilizarse como parte de una iniciativa de promoción de la salud. Pero en lugar de tener un conjunto de metas y actividades prescritas impuestas, llevan a cabo una evaluación de necesidades de salud, desarrollan soluciones, realizan actividades y evalúan el progreso. En otras palabras, los miembros de la comunidad desempeñan un papel integral en la implementación de la iniciativa de promoción de la salud, desde el inicio hasta el final.

Si bien hay un papel para los tres niveles de participación, según el contexto, las iniciativas de promoción de la salud a nivel comunitario deben esforzarse por lograr la participación como control comunitario. Hay varias razones para esto. Además de adaptar y contextualizar una iniciativa de promoción de la salud, garantizar que se ajuste a las necesidades locales y que la comunidad tenga el control de la planificación y el diseño de las iniciativas de promoción de la salud asegura que los miembros de la comunidad tengan más probabilidades de involucrarse y mantener su compromiso con los objetivos a largo plazo de la iniciativa. También se pueden identificar y abordar más fácilmente las barreras para la salud, optimizando el impacto de las iniciativas de promoción de la salud. Pero lo más importante, la participación como control comunitario reconoce la participación como un proceso en lugar de una actividad utilizada para lograr un único resultado de salud. Reflejando la teoría de la concientización de Freire, el proceso de que los miembros de la comunidad realicen una evaluación de

necesidades, recopilen y analicen información sobre las necesidades de salud local mejora su conciencia, facilitando que ellos, como comunidad, transformen y negocien normas y comportamientos nuevos y más saludables. Además, el proceso participativo de los ciclos de proyectos dirigidos por la comunidad puede ser empoderador y garantiza la participación y el compromiso de los miembros de la comunidad con el programa a largo plazo. Sus experiencias de desempeñar un papel activo en la implementación de un programa pueden facilitar un sentido de valía, mejorar su locus de control interno y autoeficacia, así como una orientación social positiva (Skovdal et al., 2011c). Los programas participativos también pueden mejorar las habilidades de resolución de problemas individuales y colectivos, mejorar las relaciones sociales y darles esperanza para el futuro. Estos son solo algunos de los muchos resultados psicosociales que los procesos participativos pueden facilitar y representan procesos protectores que son de gran valor para mejorar la resiliencia de individuos y comunidades (Rutter, 1987).

En resumen, la teoría del cambio de esta perspectiva conceptual es que la creación de oportunidades para la participación comunitaria puede, si se hace de manera significativa y con la participación activa y directa de los miembros de la comunidad en la implementación de una iniciativa de promoción de la salud, facilitar un proceso educativo y un diálogo que ayude a las comunidades a transformar actitudes, normas y acciones que dañan la salud en estilos de vida más saludables. La participación comunitaria también puede ser empoderadora y, en línea con la teoría de la concientización, brinda a las personas la oportunidad de tener

control sobre diferentes aspectos de sus vidas, incluida su salud.

Una fortaleza clave de la participación comunitaria como herramienta conceptual en la promoción de la salud es que está respaldada por políticas globales de salud, particularmente a raíz de la Declaración de Alma Ata en 1977. Como resultado, se reconoce ampliamente que la participación comunitaria es un pilar fundamental en cualquier iniciativa de salud y desarrollo, lo que facilita que los profesionales a nivel comunitario promuevan la participación comunitaria para mejorar la salud.

Una limitación de la participación comunitaria es que los significados de "comunidad" y "participación" varían entre las personas y con el tiempo. Los límites de las comunidades son fluidos y cambiantes constantemente, y la participación puede ir desde ser simplemente un recurso gratuito hasta abarcar el control comunitario. Los programas participativos de promoción de la salud también pueden ser fácilmente aprovechados por personas más poderosas, tanto a nivel local como global, para servir a sus propios intereses y socavar el proceso participativo (Cooke y Kothari, 2001). Otra limitación se refiere a la dificultad de medir y evaluar la participación comunitaria. El "Spidergram", una herramienta desarrollada por Susan Rifkin y colegas para medir el proceso participativo, se describe más adelante en este capítulo como una herramienta potencial para facilitar y evaluar el cambio a nivel comunitario.

Capital social

El capital social se refiere al vínculo que une a las personas y a diferentes actores para el bien común. El término fue popularizado por Robert Putnam en la década de 1990. Él define el capital social como la cohesión comunitaria que resulta

de "redes, normas y lazos sociales que facilitan la coordinación y la cooperación en beneficio mutuo" (Putnam, 1995: 67). Más específicamente, las comunidades con altos niveles de capital social se caracterizan por tener un alto número de organizaciones y redes comunitarias activas, un fuerte compromiso con la participación cívica dentro de estas redes, así como una ética de cuidado y apoyo recíproco, y un sentido de solidaridad y confianza entre los miembros de la comunidad. Aunque Putnam utilizó el término para describir las implicaciones socioeconómicas y políticas de la disminución del capital social, un creciente cuerpo de evidencia sugiere que las comunidades caracterizadas por altos niveles de capital social tienen más probabilidades de ser saludables y participar en actividades que promueven la salud. Como resultado, uno de los objetivos clave de los promotores de la salud que trabajan a nivel comunitario es facilitar el desarrollo del capital social.

La teoría del capital social se basa en las dos perspectivas conceptuales anteriores. De hecho, la concientización y la participación comunitaria contribuyen al desarrollo del capital social, en la medida en que buscan crear un contexto donde las personas puedan unirse y tomar el control de su salud mediante la transformación de comportamientos perjudiciales para la salud e identidades sociales. En el contexto de la promoción de la salud y la discusión anterior sobre entornos sociales que promueven la salud, es útil desglosar el capital social y discutir el concepto desde tres perspectivas diferentes: capital social de vinculación, capital social de unión y capital social de puente (Szreter y Woolcock, 2004).

El capital social de unión se refiere a la confianza y calidad de las relaciones sociales cooperativas que existen entre los miembros de una red o comunidad, donde los miembros

comparten características similares. Esto puede variar desde un pequeño grupo de mujeres formado por mujeres mayores viudas que se unen para hacer frente a las dificultades y brindar cuidado y apoyo a niños huérfanos, hasta la respuesta colectiva de un pueblo o comunidad para combatir las moscas tse-tse y la enfermedad del sueño. Por otro lado, el capital social de puente se refiere a las relaciones horizontales de respeto y empatía entre personas, grupos o redes cuyos antecedentes son diferentes debido a factores como creencias religiosas, puntos de vista, edad, etnia, sexualidad y clase social. Por ejemplo, en una comunidad con recursos limitados y alta prevalencia de VIH, un grupo de iglesia y un grupo de apoyo contra el SIDA pueden decidir unirse y crear una sinergia para reducir el estigma relacionado con el VIH en la comunidad. El capital social de vinculación se refiere al establecimiento de relaciones de confianza y respeto entre personas, redes y organizaciones, a través de las cuales interactúan verticalmente a través de estructuras de poder y autoridad. Por ejemplo, un grupo de teatro juvenil establecido para comunicar mensajes de prevención del VIH puede establecer vínculos con una organización no gubernamental más solvente que pueda proporcionar al grupo los recursos que necesita para moverse y llegar a un gran número de personas.

En resumen, la teoría del cambio del capital social es que fortalecer las conexiones entre individuos, grupos y organizaciones (capital social de unión, capital social de puente y capital social de vinculación) dota a los contextos comunitarios de un activo que los fortalece en tiempos difíciles y que se puede aprovechar para mantener o mejorar la salud y el bienestar.

Según Szreter y Woolcock (2004), una fortaleza de la teoría del capital social es que reconoce la importancia de reconocer la calidad y cantidad de las relaciones sociales entre individuos, grupos y organizaciones que influyen en la salud. La teoría también fomenta hacer hincapié en si estas relaciones sociales se caracterizan por el respeto mutuo o están diferenciadas por identidades sociales (puentes horizontales) y su acceso al poder o la autoridad (vínculos verticales).

Una limitación se refiere a la controversia y críticas que rodean la teoría del capital social. Al igual que la participación comunitaria, se han planteado preocupaciones sobre la ambigüedad del capital social y los temores de que se pueda utilizar para justificar la reducción de los servicios de bienestar gubernamentales, argumentando que las comunidades con altos niveles de capital social tienen el poder de cumplir este papel de bienestar social (Labonte, 1999). Además, el capital social no siempre conlleva implicaciones positivas para la salud. Una comunidad rural africana, por ejemplo, puede brindar apoyo a los enfermos y ancianos de muchas maneras diferentes y exhibir altos niveles de capital social para aquellos que se ajustan al statu quo de la vida comunitaria. Si bien esto es beneficioso para la mayoría de los miembros de la comunidad, las redes estrechamente delimitadas pueden al mismo tiempo rechazar a grupos más estigmatizados, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, dejándolos extremadamente marginados y vulnerables.

El modelo de activos

Los modelos tradicionales de promoción de la salud tienden a centrarse en los factores de riesgo epidemiológicos, como el tabaquismo, una mala alimentación y la falta de ejercicio. Al

hacerlo, adoptan un enfoque de déficit al centrarse en las brechas en los servicios, la información y la capacidad. En cambio, el modelo de activos examina los recursos de individuos y comunidades y cómo se pueden aprovechar para mejorar la salud y el bienestar. Estos recursos o "activos para la salud" se definen como cualquier cosa que maximice las oportunidades para que los individuos y las comunidades adquieran, mantengan y sostengan la salud y el bienestar (Ziglio et al., en prensa).

Los activos para la salud pueden incluir factores que abarcan todo el rango de los determinantes de la salud, incluyendo la constitución genética, las condiciones económicas y sociales, las condiciones ambientales, los comportamientos relacionados con la salud y el uso de servicios de salud y otros servicios. La investigación realizada por la Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo (Harrison et al., 2004) identificó activos clave para la salud que incluyen redes familiares y de amistad, solidaridad intergeneracional, cohesión comunitaria, recursos ambientales necesarios para promover la salud física, mental y social, seguridad laboral y oportunidades de servicio voluntario, grupos de afinidad (como la ayuda mutua), tolerancia y armonía religiosa, aprendizaje a lo largo de toda la vida, viviendas seguras y agradables, democracia política y oportunidades de participación, justicia social y mejora de la equidad. Los activos para la salud que se pueden abordar a menudo se encuentran a nivel comunitario, por lo que un enfoque basado en activos se alinea estrechamente con el desarrollo comunitario.

Tres conceptos son fundamentales para el modelo de activos. En primer lugar, el concepto de salutogénesis, introducido por Aaron Antonovsky en 1979, centra la atención en la generación

de salud en lugar de centrarse en la prevención de enfermedades. La salutogénesis enfatiza el éxito en lugar del fracaso de los individuos al explorar por qué algunas personas prosperan y otras enferman en situaciones similares (Antonovsky, 1979, 1987, 1996). En segundo lugar, el modelo de activos considera que la resiliencia es un factor protector tanto para individuos como para comunidades para prosperar, incluso ante circunstancias difíciles. En tercer lugar, el modelo considera que el concepto de capital social, como se discutió anteriormente, es clave para crear redes sólidas de apoyo para la salud, el bienestar y el desarrollo.

El modelo de activos sugiere que los individuos y las comunidades pueden desarrollar activos para la salud en varias etapas de la vida y pueden utilizarlos para compensar los riesgos a los que se enfrentan a medida que envejecen y en momentos críticos de su vida, como la primera infancia, la entrada al mercado laboral, la maternidad/paternidad, la enfermedad, la pérdida del empleo y la vejez. El modelo argumenta que hay conjuntos centrales de activos, vinculados a los conceptos de salutogénesis, resiliencia y capital social, que son clave para una transición exitosa a través de estas etapas. También se reconoce que activos particulares tendrán un impacto diferente según las circunstancias individuales. El modelo sugiere que comprender qué activo o combinación de activos es más importante en las etapas de transición clave puede ayudar a desarrollar programas más efectivos para mejorar el bienestar y la salud.

Ziglio et al. (en prensa) han destacado las siguientes características clave del modelo de activos:

- Fomenta un enfoque sistemático para desarrollar una base de evidencia coherente para enfoques positivos en salud y desarrollo siguiendo los principios de la salud pública basada en la evidencia.

- Enfatiza aquellos factores que promueven la salud y la protegen ("activos para la salud") que pueden respaldar la creación de las condiciones necesarias para adquirir, mantener y sostener la salud y el bienestar.

- Destaca el potencial de un enfoque de activos para mejorar la equidad en salud, al centrarse en las capacidades y recursos existentes en comunidades y poblaciones marginadas.

- Considera que los activos son multifactoriales y multidimensionales, y pueden abarcar una amplia gama de áreas temáticas y aspectos de la vida.

En conclusión, el modelo de activos se centra en identificar y aprovechar los recursos y fortalezas existentes en individuos y comunidades para mejorar la salud y el bienestar. Se basa en la salutogénesis, la resiliencia y el capital social como elementos clave para promover el éxito y la prosperidad en diferentes etapas de la vida.

Actividad 6.3

En esta actividad, considerarás el papel de las comunidades en las teorías del cambio. ¿Qué cambios te gustaría hacer en la teoría del cambio que desarrollaste en la actividad anterior para incorporar las cuatro perspectivas conceptuales que acaban de presentarse?

Retroalimentación

Tu teoría del cambio no solo debe reflejar la comprensión de uno o una combinación de los marcos conceptuales explicados anteriormente, sino también un reconocimiento más amplio de los pasos en el proceso de cambio y tu papel como agente de cambio.

Herramientas para facilitar el cambio a nivel comunitario

Las perspectivas conceptuales discutidas anteriormente destacan la importancia de la participación y empoderamiento de la comunidad para guiar el cambio a nivel comunitario en pro de una salud mejorada. Existen varias herramientas diferentes de aprendizaje y acción participativa que se pueden emplear para facilitar dicho proceso. Estas herramientas buscan generar visualmente diferentes formas de información, que luego pueden ser utilizadas por los miembros de la comunidad para reflexionar, participar en diálogos y tomar decisiones colectivas y democráticas. Mapas, diagramas, imágenes y gráficos pueden ser utilizados por los miembros de la comunidad para representar visualmente la información recopilada de su contexto local, mientras que las herramientas de clasificación y puntuación pueden ser utilizadas para facilitar los procesos de toma de decisiones de manera democrática.

Los siguientes dos ejemplos ilustran técnicas que se pueden utilizar para aplicar las teorías del cambio descritas anteriormente en la práctica. Se proporcionan ejemplos detallados adicionales de muchas de las herramientas que se pueden utilizar para involucrar a las comunidades en los libros "Partners in Planning: Information, Participation and Empowerment" (2001) de Rifkin y Pridmore, y "Tools Together Now: 100 Participatory Tools to Mobilise Communities for

HIV/AIDS" (2006), disponibles en la web mundial a través de la International HIV/AIDS Alliance.

Ejemplo 1: Fotovoz

La Fotovoz es una técnica que permite a los miembros de la comunidad representar visualmente aspectos de la vida comunitaria a través de la toma de fotografías. Las imágenes pueden utilizarse para reflexionar sobre las fortalezas y problemas de la comunidad, así como para compartir esta información con otros miembros de la comunidad, proveedores de servicios de salud o actores políticos (Wang et al., 1998). De esta manera, la Fotovoz puede actuar como un puente entre las realidades locales y las prioridades de los expertos, mejorando la adecuación de las políticas y prácticas a las necesidades locales. La Fotovoz también puede fomentar el diálogo crítico y la reflexión a nivel local, lo cual puede desencadenar reacciones cognitivo-emocionales que conduzcan a un cambio individual o colectivo. En esencia, la Fotovoz estimula el intercambio de información, a través de idiomas, niveles de alfabetización y jerarquías de poder, con la esperanza de que esto pueda llevar a sistemas de conocimiento y prioridades más alineados, apropiando las respuestas de la comunidad, los programas y las políticas para la salud.

La Fotovoz es una herramienta flexible que necesita adaptarse a cada contexto. En el campo de la promoción de la salud, la Fotovoz se utiliza a menudo como una herramienta de evaluación, tanto en la planificación como en la evaluación de iniciativas de promoción de la salud. El proceso de implementación puede tomar diversas formas. A continuación se presenta un resumen de los pasos clave (adaptado de Wang, 2006) que pueden ayudarte a comenzar.

Pasos de implementación de la Fotovoz

1. Recluta a un grupo de participantes de la Fotovoz
    - Un grupo de 7 a 15 personas es un tamaño ideal (se han utilizado más en ocasiones).
    - Puedes reclutar a través de instituciones educativas, iglesias, organizaciones con fines de lucro y sin fines de lucro.
    - Si reclutas diferentes grupos (por ejemplo, jóvenes/adultos, empleadores/empleados, hombres/mujeres), puedes obtener perspectivas comparativas.
2. Presenta la metodología de la Fotovoz a los participantes y discute el uso de cámaras, poder y ética
    - ¿Cuál es una forma aceptable de acercarse a alguien para tomarle una foto?
    - ¿Puedes tomar fotos de otras personas sin su conocimiento?
    - ¿Cuándo no querrías que te tomen una foto?
    - ¿A quién le gustaría darle las fotografías?
    - Y ¿cuáles podrían ser las implicaciones?
3. Obtén el consentimiento informado
    - Haz hincapié en la seguridad, autoridad y responsabilidad de usar una cámara.
    - Considera la vulnerabilidad del fotógrafo; incluye una declaración de posibles riesgos.
    - Aclara la naturaleza voluntaria de su participación y la libertad de retirarse en cualquier momento sin tener que dar una razón.
    - No se deben divulgar fotografías que identifiquen a individuos específicos sin un consentimiento escrito por separado.
    - Obtén el consentimiento informado de los padres o tutores para todos los menores.
4. Presenta temas iniciales para tomar fotografías
    - Los participantes pueden generar o recibir preguntas específicas de final abierto que guiarán la toma de fotografías.
5. Distribuye cámaras a los participantes
    - Decide si utilizar cámaras desechables o digitales y practica su uso.
    - Acuerda un tiempo para que los participantes devuelvan las cámaras/imagenes para revelar/imprimir.
    - Se recomienda de 1 a 5 semanas por rollo de película antes de reunirse nuevamente (en ocasiones este proceso se ha repetido hasta por 12 meses).
    - Acuerda un tiempo para que los participantes discutan las fotografías/escriban reflexiones.

6. Discute las fotografías e identifica temas
    - Discute las fotografías, ya sea una selección basada en un criterio preestablecido o en lo que los participantes consideren más significativo o les guste más.
    - Facilita una discusión grupal, pidiéndoles que describan las fotografías, expliquen lo que está sucediendo en las fotografías, sus razones para tomar las fotografías, el significado de las fotografías y las lecciones aprendidas a partir de las fotografías.
    - Las fotografías también se pueden reflexionar por escrito, motivados por preguntas de final abierto.
    - Los participantes identifican los temas clave que surgen de sus fotografías y reflexiones.
7. Diseminación
    - Facilita la creación de carteles o presentaciones de PowerPoint que representen mensajes clave utilizando las fotografías y las voces de los participantes, y exhibirlos en un espacio público.

Ejemplo 2: Spidergrams (Diagramas de Araña)

Un Spidergram es un diagrama en forma de red que puede ser utilizado por los propios miembros de la comunidad para evaluar la competencia en salud comunitaria o la participación comunitaria (Rifkin y Pridmore, 2001; Draper et al., 2010). Los miembros de la comunidad pueden reunirse para discutir un problema de salud y decidir evaluar su competencia o preparación en esta área, marcándose a sí mismos en una escala del 1 (pobre) al 5 (excelente) en varias categorías. Los Spidergrams se pueden realizar antes de un programa de promoción de la salud, lo que brinda a los miembros de la comunidad la oportunidad de reflexionar sobre los cambios que deben realizarse, y al final del programa, para ver si el nivel de competencia en salud de la comunidad ha cambiado durante el curso del programa. Este ejercicio puede brindar a los miembros de la comunidad una visión de algunas de sus fortalezas y debilidades al trabajar hacia un entorno social más favorable a la salud, así como aclarar su papel en la respuesta hacia una mejor salud.

El Spidergram representado en la Figura 6.3 muestra a una comunidad evaluando su competencia en relación con el cuidado de niños con padres enfermos. El ejemplo muestra una telaraña punteada (tiempo 1) y una telaraña sólida (tiempo 2), que representa el cambio en la competencia en salud de la comunidad desde un momento en el tiempo a otro (por ejemplo, antes y después de una iniciativa de promoción de la salud). El Spidergram en este ejemplo incorpora ocho áreas clave importantes para la promoción de la salud a nivel comunitario, reflejando el material presentado en este capítulo. Sin embargo, el Spidergram podría tener menos brazos y utilizarse para evaluar la participación en áreas como liderazgo, organización, movilización de recursos, gestión y evaluación de necesidades.

Actividad 6.4

En esta actividad, considerarás los problemas prácticos involucrados en involucrar a las comunidades para planificar una intervención de promoción de la salud utilizando Fotovoz. Piensa en un contexto local familiar para ti y en un problema de salud con el que esta comunidad está luchando. Te gustaría hacer que la comunidad en general esté más críticamente consciente de este problema de salud, así como asegurarte de que el departamento de salud local esté al tanto de la información que recopilarás en el proceso. Decides utilizar Fotovoz. Desarrolla un plan detallando los pasos de implementación.

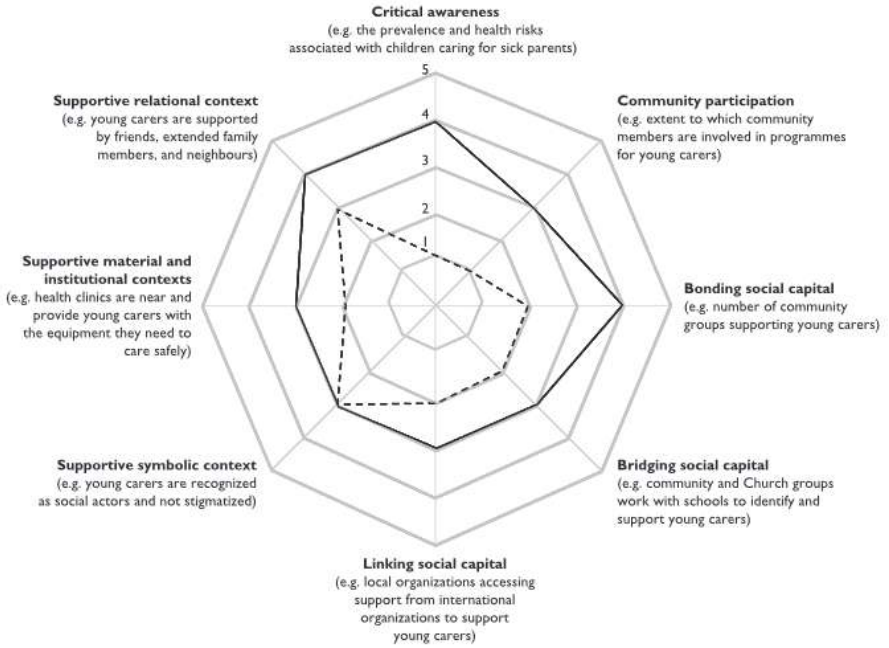


Figura 6.3 Spidergrama de competencia en salud comunitaria

Fuente: Adaptado de Draper et al. (2010)

Retroalimentación

Hay varias preguntas que podrías considerar al desarrollar tu plan. Estas incluyen:

- ¿Cuáles son tus metas y objetivos generales?
- ¿De dónde vendrá el financiamiento?
- ¿Qué líderes comunitarios deberían estar involucrados?
- ¿A quiénes estás dirigiendo: formuladores de políticas, líderes comunitarios?
- ¿Cuántas personas participarán en el ejercicio de Fotovoz?
- ¿Trabajarán individualmente o en grupos?

- ¿Cuál es su participación en la planificación de tu proyecto de Fotovoz?
- ¿Cómo los capacitarás en la metodología? ¿Uso de cámaras? ¿Ética?
- ¿Qué medidas de consentimiento informado deben estar en su lugar?
- ¿Qué guía su fotografía? Piensa en preguntas que puedan responder a través de la fotografía.
- ¿Cuánto tiempo durará el proyecto?
- ¿Cuántas fotos/rollos de película esperas que tomen?
- ¿Con qué frecuencia se reunirán para discutir las fotografías?
- ¿En qué foros discutirás las imágenes: discusiones grupales, por escrito?
- ¿Cómo planeas llegar al público objetivo?
- ¿Cómo se difundirán los hallazgos?

Recuerda, Fotovoz es flexible y no hay pautas establecidas sobre cómo implementar un proyecto de Fotovoz. Utiliza tu creatividad y conocimiento local para desarrollar un proyecto que tenga la mayor probabilidad de instigar un cambio para mejorar la salud.

Habilidades y actitudes de los promotores de salud a nivel comunitario

La promoción de la salud a nivel comunitario no es apolítica y no debe reducirse a tareas, herramientas y soluciones técnicas. Los promotores de salud trabajan dentro de estructuras sociales más amplias que se caracterizan por el poder, los recursos y las tecnologías de salud dominantes. Por lo tanto, a menudo se les asigna a los promotores de salud comunitarios la tarea muy difícil de servir como intermediarios entre los profesionales de

la salud y las personas a nivel comunitario, y de tender puentes entre las tecnologías de salud globales y las respuestas locales para mejorar la salud. Los valores de los promotores de salud y cómo enfocan su papel y trabajan con las comunidades son de suma importancia. Desarrollar alianzas que trasciendan jerarquías de poder, valores y sistemas de conocimiento en conflicto, y trabajar juntos de manera exitosa para promover la salud y el bienestar de las personas marginadas, requiere habilidades de comunicación interpersonales y interculturales sólidas. Es muy fácil para los promotores de salud comunitarios caer en la producción de soluciones expertas y técnicas, especialmente si carecen de un compromiso genuino y arraigado con el desarrollo comunitario, el empoderamiento, los principios de justicia social y la necesidad de problemas y soluciones definidos por la comunidad. La promoción de la salud comunitaria no es, en última instancia, para todos. Es responsabilidad del promotor de salud reconocer su compromiso con el trabajo comunitario y:

- Reflejar las jerarquías y estructuras de poder, tanto dentro de las comunidades como entre actores locales y globales.

- Reconocer, respetar y comprometerse con los principios de participación comunitaria y justicia social.

- Ser un buen facilitador, desarrollar habilidades para ser un buen oyente, ser positivo, respetuoso y abierto a nuevas ideas.

Resumen

En este capítulo, has aprendido cómo las teorías pueden ayudarte a concebir y planificar programas de promoción de la salud a nivel comunitario. Más específicamente, has aprendido sobre el papel de la conciencia crítica, la participación y el

capital social en la creación de entornos sociales que promueven la salud y empoderan a las personas para que tomen el control de su propia salud y la de los demás. El capítulo también ha destacado que la práctica de la promoción de la salud a nivel comunitario debe estar enraizada en un contexto, que va desde las influencias sociales más amplias que permiten y limitan las respuestas de salud a nivel comunitario, hasta los valores y habilidades interpersonales de los promotores de salud. Solo al adoptar esta visión holística podremos crear las condiciones necesarias para la salud a través del empoderamiento y la participación comunitaria.

Referencias

Antonovsky, A. (1979) Health, Stress and Coping. San Francisco, CA: Jossey-B ass.

Antonovsky, A. (1987) Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco, CA: Jossey- Bass.

Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion, Health Promotion International, 11(1): 11–18.

Bronfenbrenner, U. (1979) The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Campbell, C. (2001) Social capital and health: contextualising health promotion within local community networks, in T. Schuller, S.R. Baron and J. Field (eds.) Social Capital: Critical Perspectives. Oxford: Oxford University Press.

Campbell, C. and Cornish, F. (2010) Towards a ‘fourth generation’ of approaches to HIV/AIDS management: creating contexts for effective community mobilisation, AIDS Care, 22(suppl. 2): 1569–79.

Campbell, C., Scott, K., Nhamo, M., Nyamukapa, C., Madanhire, C., Skovdal, M. et al. (in press) Social capital and HIV competent communities: the role of community groups in managing HIV/AIDS in rural Zimbabwe, AIDS Care.

Cooke, B. and Kothari, U. (2001) Participation, the New Tyranny? London: Zed Books.

Draper, A.K., Hewitt, G. and Rifkin, S. (2010) Chasing the dragon: developing indicators for the assessment of community participation in health programmes, Social Science and Medicine, 71(6): 1102–9.

Freire, P. (1970) Pedagogy of the Oppressed. London: Penguin.

Freire, P. (1973) Education for Critical Consciousness. New York: Seabury Press.

Gregson, S., Nyamukapa, C., Schumacher, C., Magutshwa-Z itha, S., Skovdal, M., Yekeye, R. et al. (in press) Evidence for a contribution of the community response to HIV decline in eastern Zimbabwe, AIDS Care.

Harrison, D., Ziglio, E., Levin, L. and Morgan, A. (2004) Assets for Health and Development: Developing a Conceptual Framework. Venice: European Offi ce for Investment for Health and Development, World Health Organization.

Labonte, R. (1999) Social capital and community development: practitioner emptor, Australian and New Zealand Journal of Public Health, 23(4): 430–433.

Oakley, P. (1991) Projects with People: The Practice of Participation in Rural Development. Geneva: International Labour Offi ce.

Putnam, R. (1995) Bowlong alone: America's declining social capital, Journal of Democracy, 6(1): 65–78.

Rifkin, S. and Pridmore, P. (2001) Partners in Planning: Information, Participation and Empowerment. London: TALC/Macmillan Education.

Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective factors, American Journal of Orthopsychiatry, 57: 316–31.

Skovdal, M., Campbell, C., Madanhire, C., Mupambireyi, Z., Nyamukapa, C. and Gregson, S. (2011a) Masculinity as a barrier to men's use of HIV services in Zimbabwe, Globalisation and Health, 7: 13.

Skovdal, M., Campbell, C., Nhongo, K., Nyamukapa, C. and Gregson, S. (2011b) Contextual and psychosocial infl uences on antiretroviral therapy adherence in rural Zimbabwe: towards a systematic framework for programme planners, International Journal of Health Planning and Management, 26(3): 296–318.

Skovdal, M., Mwasiaji, W., Webale, A. and Tomkins, A. (2011c) Building orphan competent communities: experiences from a community- based capital cash transfer initiative in Kenya, Health Policy and Planning, 26(3): 233–41.

Stokols, D. (1996) Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion, American Journal of Health Promotion, 10(4): 282–98.

Szreter, S. and Woolcock, M. (2004) Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health, International Journal of Epidemiology, 33(4): 650–67.

Wang, C. (2006) Youth participation in Photovoice as a strategy for community change, in B.N. Checkoway and L.M. Gutiérrez (eds.) Youth Participation and Community Change. Binghamton, NY: Haworth Press.

Wang, C.C., Yi, W.K., Tao, Z.W. and Carovano, K. (1998) Photovoice as a participatory health promotion strategy, Health Promotion International, 13(1): 75–86.

Ziglio, E., Morgan, A., Burns, H., Hernan, M. and Barker, R. (in press) Maximising Health Potential for 2020: The Asset Model for Health and Development. Venice: European Offi ce for Investment for Health and Development, World Health Organization.

Lecturas adicionales

International HIV/AIDS Alliance (2006) Tools Together Now: 100 Participatory Tools to Mobilise Communities for HIV/AIDS. Available at: http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Tools_Together_Now_2009. pdf.

Morgan, A. and Ziglio, E. (2007) Revitalising the evidence base for public health: an assets model, Promotion and Education, 14(2 suppl.): 17–22.

Morgan, A., Davies, M. and Ziglio, E. (2010) Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action. New York: Springer.

Nishtar, S. (ed.) (2007) Community health promotion: creating the necessary conditions for health through community empowerment and participation, Promotion and Education, XIV(2): 61–134.

Rifkin, S. and Pridmore, P. (2001) Partners in Planning: Information, Participation and Empowerment. London: TALC/Macmillan Education.

7. Los determinantes de la salud - Antony Morgan y Liza Cragg

Resumen

En este capítulo, aprenderás sobre la variedad de factores que tienen un impacto en la capacidad de las personas, comunidades y sociedades para desarrollar y mantener una buena salud y bienestar. El capítulo resalta la importancia de los determinantes sociales de la salud, explora modelos conceptuales y evidencia sobre estos determinantes, analiza los desarrollos de políticas globales y resume las implicaciones para la práctica de la promoción de la salud.

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, podrás:

-describir los principales determinantes de la salud

-comprender diferentes modelos conceptuales que describen estos determinantes

-comprender el papel de los determinantes sociales de la salud en la generación de desigualdades en salud

-comprender las implicaciones de los determinantes de la salud para la práctica de la promoción de la salud

Términos clave

Determinantes de la salud: La variedad de factores que se combinan para afectar la salud de las personas.

Desigualdades en salud: Diferencias en el estado de salud entre diferentes poblaciones y grupos.

Determinantes sociales de la salud: Los factores sociales, económicos y ambientales que impactan en los comportamientos de salud y determinan el estado de salud de individuos o poblaciones.

Inequidades sociales: Diferencias en oportunidades para diferentes subgrupos de población.

Estatus socioeconómico: El lugar de una persona en la jerarquía social según su nivel de ingresos, educación, ocupación y/o lugar de residencia.

¿Qué determina la salud?

La salud y el bienestar están influenciados por una variedad de factores. Estos incluyen características y comportamientos individuales, el entorno físico, y las condiciones sociales y económicas. Algunos de estos factores pueden ser influenciados por la acción de un individuo, como el estilo de vida. Otros, como la composición genética y el género, no pueden ser cambiados. Estos factores a menudo se describen como los 'determinantes de la salud'. Mientras que algunos de ellos tienen impactos obvios y directos en la salud, como la provisión de servicios de atención médica, otros, como el empleo y la educación, influyen en la salud de manera más indirecta pero muy significativa. Las circunstancias sociales y económicas que afectan la salud y el bienestar, las condiciones en las que nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos, se denominan 'determinantes sociales de la salud'. Estos factores se han descrito como las causas de las enfermedades. Por ejemplo, mientras que el tabaquismo causa enfermedades como la enfermedad coronaria y el cáncer de pulmón, si una persona es probable que comience a fumar o

deje de fumar está fuertemente influenciado por factores sociales, económicos y ambientales.

Actividad 7.1

Esta actividad te anima a reflexionar sobre los factores que influyen en la salud. Piensa en las siguientes preguntas:

¿Qué significa estar saludable?

¿Qué factores ayudan a las personas a estar saludables y mantenerse saludables?

¿Cuáles son algunas de las causas de la mala salud?

¿Cuáles son las causas de estas causas?

Retroalimentación

En respuesta a la primera pregunta, es posible que hayas concluido que estar saludable significa no estar enfermo o no tener dolor. Pero la salud es más que eso. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud es "no solo la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social". En respuesta a la segunda pregunta, tu respuesta puede haber incluido factores como tener acceso a alimentos saludables, agua limpia, atención médica, vivienda y saneamiento. Además de estas necesidades básicas, es posible que hayas incluido factores de estilo de vida como hacer ejercicio, descansar, estar relajado y libre de estrés. Pasando a la tercera pregunta, la falta de estas necesidades básicas causa mala salud, pero la mala salud también puede ser causada por factores de estilo de vida, como una alimentación poco saludable, fumar o falta de ejercicio. En respuesta a la pregunta final, tu respuesta debería reflejar que las causas de las causas de la mala salud también incluyen la falta de ingresos para

asegurar necesidades básicas, mala educación, desempleo o condiciones de trabajo peligrosas, acceso inadecuado a la atención médica o atención médica de mala calidad, entorno físico de mala calidad, contaminación y falta de redes de apoyo.

Conceptualizando los determinantes de la salud

El Informe Lalonde (1974) fue uno de los primeros documentos en proponer un marco para describir los determinantes de la salud. Introdujo el concepto de Campo de Salud, que describía cuatro categorías de influencias en la salud. Estas categorías, identificadas mediante el análisis de las causas y factores subyacentes de enfermedad y muerte en Canadá, fueron: biología humana, entorno, estilo de vida y organización de la atención médica. La Actividad 7.2 explora el Informe Lalonde en más detalle.

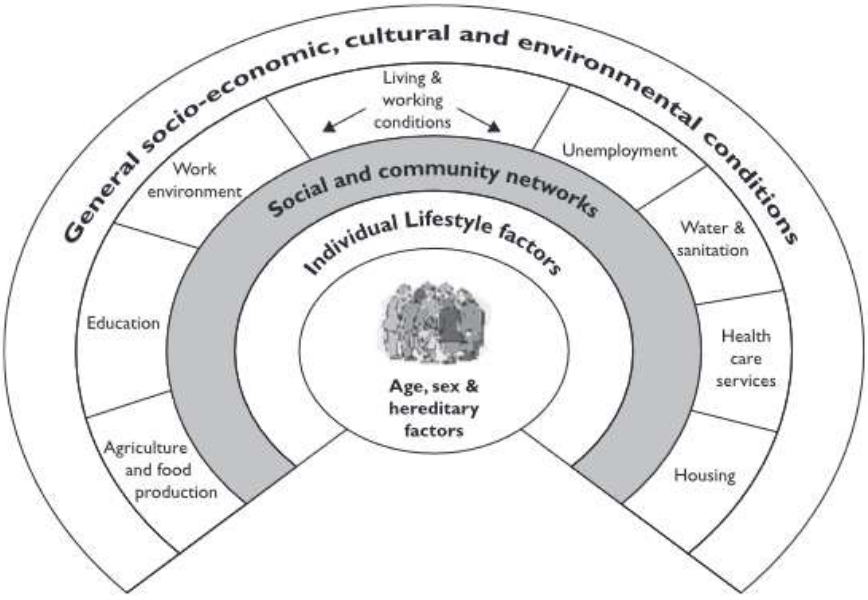


Figura 7.1 El arco iris de políticas. De Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991) Políticas y estrategias para promover la equidad

social en salud (mimeo). Reproducido con permiso del Instituto de Estudios Futuros, Estocolmo.

Desde el Informe Lalonde, se han desarrollado varios modelos que intentan identificar los determinantes de la salud y las vías a través de las cuales operan. Uno de estos modelos, que se ha utilizado con frecuencia en documentos de política internacionales y nacionales, es el "arco iris de políticas" de Dahlgren y Whitehead (1991). Este describe las capas de influencia en el potencial de salud de un individuo (Figura 7.1). Estas están compuestas por factores fijos (como la edad, el sexo y la genética) y factores potencialmente modificables, expresados como una serie de capas de influencia, que incluyen factores individuales de estilo de vida, redes sociales y comunitarias, y condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales.

El modelo de Dahlgren y Whitehead proporcionó un marco útil para explorar los mecanismos mediante los cuales estos factores, o determinantes, influyen en la salud, su importancia relativa y cómo influir en ellos para mejorar la salud y el bienestar.

En las últimas décadas, los investigadores han generado una creciente cantidad de evidencia que demuestra cómo una amplia gama de determinantes impactan en la salud y el bienestar. Algunos ejemplos incluyen:

- Marmot et al. (1978) han demostrado gradientes en la mortalidad según el nivel de empleo entre los funcionarios civiles ingleses.

- Bartley et al. (1994) han demostrado que los niños y adolescentes que viven en viviendas de menor calidad tienen más probabilidades de tener un peso al nacer bajo.

- Townsend et al. (1988) han demostrado que la privación material (por ejemplo, hacinamiento, tenencia de vivienda, desempleo) es un predictor de la mortalidad y enfermedades crónicas limitantes.

- Barker (1998) ha demostrado que la experiencia intrauterina está relacionada con el riesgo de desarrollar enfermedades más adelante en la vida.

- Graham (2001) ha demostrado el efecto acumulativo de la desventaja social a lo largo de la vida y la contribución de las circunstancias de vida temprana desfavorables.

- McGinnis et al. (2002) han demostrado el impacto relativo que diversos determinantes de salud tienen en la mortalidad en Estados Unidos: un 30% debido a predisposiciones genéticas, un 15% debido a circunstancias sociales, un 5% debido a exposiciones ambientales, un 40% debido a patrones de comportamiento y un 10% debido a deficiencias en la atención médica.

Actividad 7.2

En esta actividad, explorarás cómo un modelo, el Concepto de Campo de Salud, categoriza los determinantes de la salud y reflexionarás sobre los beneficios y limitaciones de este enfoque. Lee los siguientes extractos del Informe Lalonde (1974). Una vez que hayas hecho esto, responde a las preguntas que siguen.

El Concepto de Campo de Salud

Un problema fundamental en el análisis del campo de la salud ha sido la ausencia de un marco conceptual acordado para subdividirlo en sus elementos principales. Sin dicho marco, ha sido difícil comunicarse adecuadamente o dividir el campo en segmentos manejables, susceptibles de análisis y evaluación. Se sintió enérgicamente que era necesario organizar las miles de piezas en un patrón ordenado que fuera intelectualmente aceptable y suficientemente simple para permitir la ubicación rápida, en el patrón, de casi cualquier idea, problema o actividad relacionada con la salud: una especie de mapa del territorio de la salud.

Durante la elaboración de este informe, se desarrolló un Concepto de Campo de Salud. Este concepto contempla que el campo de la salud puede dividirse en cuatro elementos amplios: BIOLOGÍA HUMANA, ENTORNO, ESTILO DE VIDA Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

Estos cuatro elementos fueron identificados a través del examen de las causas y factores subyacentes de enfermedad y muerte en Canadá, y a partir de una evaluación de la función que desempeñan estos elementos en el nivel de salud en Canadá.

Biología Humana

El elemento de BIOLOGÍA HUMANA incluye todos aquellos aspectos de la salud, tanto físicos como mentales, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Este elemento incluye la herencia genética del individuo, los procesos de maduración y envejecimiento, y los

múltiples y complejos sistemas internos del cuerpo humano, como el esquelético, nervioso, muscular, cardiovascular, endocrino, digestivo, entre otros. Dado que el cuerpo humano es un organismo tan complejo, las implicaciones para la salud de la biología humana son numerosas, variadas y graves, y los problemas de salud que pueden surgir son legión. Los problemas de salud originados en la biología humana causan innumerables sufrimientos y generan costos multimillonarios en servicios de tratamiento.

Entorno

La categoría de ENTORNO incluye todos aquellos aspectos relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control. Los individuos no pueden, por sí solos, asegurarse de que los alimentos, medicamentos, cosméticos, dispositivos, suministro de agua, etc., sean seguros e incontaminados; que los riesgos para la salud derivados de la contaminación del aire, el agua y el ruido estén controlados; que se prevenga la propagación de enfermedades transmisibles; que se realice una disposición efectiva de basura y aguas residuales; y que el entorno social, incluyendo los cambios rápidos en él, no tenga efectos perjudiciales para la salud.

Estilo de Vida

La categoría de ESTILO DE VIDA, en el Concepto de Campo de Salud, consiste en la agregación de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales tienen más o menos control... Decisiones y hábitos personales que son perjudiciales desde el punto de vista de la salud crean riesgos autoimpuestos. Cuando esos riesgos resultan en enfermedad o

muerte, se puede decir que el estilo de vida de la persona ha contribuido a ello o lo ha causado.

Organización de la Atención Médica

La cuarta categoría en el concepto es la ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, que comprende la cantidad, calidad, disposición, naturaleza y relaciones entre las personas y los recursos en la provisión de atención médica... Hasta ahora, la mayor parte de los esfuerzos de la sociedad para mejorar la salud y la mayor parte de los gastos directos en salud se han centrado en la ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA. Sin embargo, al identificar las principales causas actuales de enfermedad y muerte en Canadá, encontramos que están arraigadas en los otros tres elementos del Concepto: BIOLOGÍA HUMANA, ENTORNO y ESTILO DE VIDA. Es evidente, por lo tanto, que se están gastando grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que podrían haberse prevenido en primer lugar. Se necesita prestar mayor atención a los tres primeros elementos conceptuales si queremos seguir reduciendo la discapacidad y la muerte prematura.

Características del Concepto de Campo de Salud

El CONCEPTO DE CAMPO DE SALUD tiene muchas características que lo convierten en una herramienta poderosa para analizar problemas de salud, determinar las necesidades de salud de los canadienses y elegir los medios para satisfacer esas necesidades.

Una de las consecuencias evidentes del Concepto de Campo de Salud ha sido elevar la BIOLOGÍA HUMANA, el ENTORNO y el ESTILO DE VIDA a un nivel de importancia categórica, igual al de la ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA. Esto, en

sí mismo, es un paso radical considerando la clara preeminencia que la ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA ha tenido en los conceptos anteriores del campo de la salud.

Un segundo atributo del Concepto es que es integral. Cualquier problema de salud puede rastrearse hasta uno o una combinación de los cuatro elementos. Esta integralidad es importante porque asegura que se tomarán en cuenta todos los aspectos de la salud y que todos los que contribuyen a la salud, individual y colectivamente -paciente, médico, científico y gobierno- son conscientes de sus roles y su influencia en el nivel de salud.

Una tercera característica es que el Concepto permite un sistema de análisis mediante el cual cualquier pregunta puede ser examinada bajo los cuatro elementos para evaluar su importancia relativa e interacción. Por ejemplo, las causas subyacentes de las muertes por accidentes de tráfico pueden atribuirse principalmente a los riesgos asumidos por los individuos, con una importancia menor dada al diseño de los automóviles y las carreteras, y a la disponibilidad de tratamiento de emergencia. La biología humana tiene poca o ninguna importancia en esta área. Por lo tanto, en orden de importancia, el ESTILO DE VIDA, el ENTORNO y la ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA contribuyen a las muertes por accidentes de tráfico en proporciones aproximadas del 75%, 20% y 5% respectivamente. Este análisis permite a los planificadores de programas centrar su atención en los factores contribuyentes más importantes. Evaluaciones similares de la importancia relativa de los factores contribuyentes se pueden hacer para muchos otros problemas de salud.

Una cuarta característica del Concepto es que permite una subdivisión adicional de los factores. Nuevamente, en el caso de las muertes por accidentes de tráfico en la categoría de Estilo de Vida, los riesgos asumidos por los individuos pueden clasificarse como conducción bajo los efectos del alcohol, descuido, falta de uso del cinturón de seguridad y exceso de velocidad. En muchos aspectos, el Concepto proporciona un mapa que muestra las conexiones más directas entre los problemas de salud, sus causas subyacentes y la importancia relativa de diversos factores contribuyentes.

Finalmente, el Concepto de Campo de Salud proporciona una nueva perspectiva sobre la salud, una perspectiva que libera las mentes creativas para el reconocimiento y la exploración de campos hasta ahora descuidados. La importancia del comportamiento y los hábitos de los individuos canadienses para su propia salud es un ejemplo del tipo de conclusión que se puede obtener mediante el uso del Concepto de Campo de Salud como herramienta analítica.

Uno de los principales problemas para mejorar la salud de los canadienses es que el poder esencial para hacerlo está ampliamente disperso entre los ciudadanos individuales, los gobiernos, las profesiones de la salud y las instituciones. Esta fragmentación de responsabilidades a veces ha llevado a enfoques desequilibrados, con cada participante en el campo de la salud buscando soluciones solo dentro de su área de interés. Bajo el Concepto de Campo de Salud, los fragmentos se unen en un todo unificado que permite a todos ver la importancia de todos los factores, incluidos aquellos que son responsabilidad de otros.

Esta visión unificada del campo de la salud puede resultar ser una de las principales contribuciones del Concepto al progreso en la mejora del nivel de salud.

Problemas derivados del uso del Concepto de Campo de Salud

El Concepto fue diseñado con dos objetivos en mente: proporcionar una mayor comprensión de lo que contribuye a la enfermedad y la muerte, y facilitar la identificación de acciones que se podrían tomar para mejorar la salud. El Concepto no es un marco organizativo para estructurar programas y actividades hacia uno u otro de los cuatro elementos del Concepto, ya que esto sería contrario a la realidad y perpetuaría el enfoque fragmentario actual para resolver los problemas de salud. Por ejemplo, el problema del abuso de drogas requiere la atención de investigadores en biología humana, científicos del comportamiento, quienes administran las leyes de drogas y quienes brindan atención médica personal. Se necesitan contribuciones de todos estos grupos y sería un mal uso del Concepto de Campo de Salud explotarlo como base para capturar todos los aspectos de un problema para una unidad de organización o grupo de interés particular.

Otro problema más teórico fue si era posible o no dividir las influencias externas sobre la salud entre el entorno, sobre el cual el individuo puede hacer poco, y el estilo de vida, en el cual puede tomar decisiones. En particular, se argumentó que las elecciones personales estaban dictadas por factores ambientales, como las presiones del grupo de amigos para comenzar a fumar cigarrillos durante la adolescencia. Además, se argumentó que algunos malos hábitos personales estaban tan arraigados que constituían adicciones que, por definición, ya

no permitían una elección mediante un simple acto de voluntad. Fumar, el abuso de alcohol y el abuso de drogas fueron algunos de los problemas de estilo de vida mencionados en este sentido. El hecho de que haya algo de verdad en ambas hipótesis, es decir, que el entorno afecte al estilo de vida y que algunos hábitos personales sean adictivos, requiere una respuesta filosófica y moral, en lugar de una respuesta puramente intelectual. Esta respuesta es que si simplemente abandonamos a las personas cuyos estilos de vida crean riesgos excesivos para su salud, estaremos abandonando a aquellos que podrían haber cambiado y perpetuando el mismo entorno que los influenció negativamente en primer lugar. En resumen, la visión determinista debe dejarse de lado en favor de la fe en el poder de la libre voluntad, aunque este poder pueda verse obstaculizado a veces por el entorno y la adicción.

Un punto en el que no se puede ceder es que las dificultades para categorizar los factores que contribuyen a un determinado problema de salud no son excusa para dejar de lado el problema. El problema no desaparece debido a las dificultades para encajarlo perfectamente en un marco conceptual. Otro problema es si el Concepto asumirá una carga analítica demasiado pesada, al exigir que sirva tanto para identificar requisitos de salud como para determinar los mecanismos para satisfacerlos. Aunque el Concepto ayudará a destacar los problemas y sus causas e incluso señalará las vías por las cuales se pueden resolver, no puede determinar los pasos precisos que se necesitan para implementar programas. Las decisiones sobre programas se ven afectadas por tantas otras consideraciones que requerirán el análisis de muchos factores prácticos fuera del propio Concepto.

El problema filosófico último planteado por el Concepto es si, y en qué medida, el gobierno puede intervenir en la modificación del comportamiento humano, incluso si lo hace para mejorar la salud. El marketing del cambio social es un nuevo campo que aplica las técnicas de marketing del mundo empresarial para lograr que las personas cambien su comportamiento, como los hábitos alimenticios, los hábitos de ejercicio, los hábitos de fumar, los hábitos de conducción, etc. Algunos argumentan que la competencia del gobierno en marketing social inevitablemente llevaría a todo tipo de control indeseable del pensamiento y propaganda. Se reconocen los peligros de la competencia gubernamental en marketing social, pero también se reconocen los abusos evidentes que resultan de todo tipo de marketing. Si la atracción de la televisión en color, por ejemplo, está creando un uso indolente y pasivo del tiempo libre, ¿no tiene el gobierno el deber de contrarrestar sus efectos mediante programas de marketing destinados a promover la recreación física? Como se mencionó anteriormente, en Canadá, aproximadamente el 76% de la población mayor de 13 años dedica menos de una hora a la semana a la participación en deportes, mientras que el 84% de la misma población pasa cuatro o más horas semanalmente viendo televisión. Este tipo de desequilibrio se extiende a la cantidad de dinero que el sector privado gasta en comercializar productos y servicios, algunos de los cuales, si se abusan, contribuyen a la enfermedad y la muerte. Se debe concluir inevitablemente que la sociedad, a través del gobierno, tiene la obligación de desarrollar técnicas de marketing protectoras para contrarrestar esos abusos.

Finalmente, algunos han cuestionado si un mayor énfasis en la biología humana, el entorno y el estilo de vida no llevará a una disminución de la atención al sistema de atención médica

personal. Este tema se plantea especialmente por aquellos cuyas actividades se centran en la organización de atención médica. En este sentido, se puede decir que los canadienses no tolerarían una reducción en la atención médica personal y, de hecho, están presionando con fuerza para que los servicios sean más accesibles y completos.

Además, si la incidencia de enfermedades se puede reducir mediante la prevención, entonces el costo de los servicios actuales disminuirá, o al menos la tasa de aumento se reducirá. Esto liberará recursos para ampliar el seguro de salud a más servicios y proporcionar instalaciones necesarias, como centros de atención ambulatoria e instituciones de atención prolongada. En gran medida, por lo tanto, la disponibilidad de servicios de atención médica para los canadienses depende del éxito que se pueda lograr en la prevención de enfermedades mediante medidas adoptadas en biología humana, entorno y estilo de vida.

(Extractos del informe Lalonde sobre el concepto de campo de salud. Lalonde, M., (1974) Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses: Un documento de trabajo. Marc Lalonde, Ministro de Salud Nacional y Bienestar, 1974, c1981. Reproducido con el permiso del Ministro de Salud de Canadá, 2013.

- ¿Qué propone el Informe Lalonde como las principales influencias en el estado de salud y su importancia relativa?
- ¿Qué sugiere el informe son los principales beneficios del enfoque del Concepto de Campo de Salud?
- ¿Qué dice el informe son las limitaciones de este enfoque? ¿Puedes pensar en alguna otra?

Retroalimentación

1. Las principales influencias en el estado de salud son: la biología humana, el entorno, el estilo de vida y la organización de la atención médica. La importancia relativa de cada uno de estos factores depende del problema de salud en cuestión. Por ejemplo, las anomalías congénitas se deben principalmente a la biología humana y al entorno, mientras que la enfermedad coronaria está determinada por las cuatro categorías.
2. El informe propone los principales beneficios del enfoque de la siguiente manera: otorga a la salud, el entorno, la biología y el estilo de vida la misma importancia que a la organización de la atención médica para comprender la salud; es integral y, por lo tanto, permite que todos los involucrados en la salud desempeñen un papel, no solo los médicos; proporciona un marco de análisis para que los planificadores de programas puedan centrarse en factores relevantes; reduce la fragmentación de responsabilidades entre diferentes actores; y mejorar la prevención puede reducir los costos, o la tasa de aumento de los costos, de los servicios de tratamiento. Estos ahorros luego se pueden reinvertir en salud.
3. El informe sugiere las limitaciones del enfoque de la siguiente manera: no debe verse como una herramienta organizativa para estructurar programas, ya que esto podría conducir a una mayor fragmentación; no puede determinar cómo implementar programas; y se podría utilizar para justificar reducciones en el gasto en atención médica. También puede haber observado que algunos de los análisis dependen de normas que ahora están

desactualizadas. Por ejemplo, la mayoría de las personas que trabajan para prevenir accidentes de tráfico ahora enfatizarían la importancia del entorno sobre los factores de estilo de vida en los que se centró Lalonde.

Los determinantes sociales y las desigualdades en salud

La investigación sobre cómo los determinantes sociales han impactado en la salud en los últimos 30 años ha documentado cómo la salud está socialmente estructurada (Townsend et al., 1988; Harris et al., 1999). Es decir, si bien el estado de salud está influido por características y comportamientos individuales, sigue estando determinado significativamente por las diferentes circunstancias sociales, económicas y ambientales de las personas y las poblaciones. En otras palabras, las personas que viven en entornos socioeconómicos diferentes enfrentan diferentes riesgos de enfermedad y muerte.

En general, las personas menos acomodadas tienen una salud mucho más deficiente que las más acomodadas. Además, es notable que la prevalencia de enfermedades, la esperanza de vida, los factores de riesgo conductuales y el bienestar general indiquen que existe un "gradiente social" en el que hay un aumento lineal en la mala salud y la mortalidad a medida que disminuye el estatus socioeconómico (Marmot, 2004).

Las desigualdades en los determinantes sociales de la salud no son lo mismo que las desigualdades en salud. Sin embargo, son una causa importante de las desigualdades en salud. Las desigualdades en salud que son prevenibles porque son causadas por un acceso desigual a los determinantes sociales de la salud a menudo se denominan "inequidades en salud"

(CSDH, 2008). Las desigualdades en salud y el gradiente social de salud se discuten con más detalle en el Capítulo 8.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

En respuesta a la creciente preocupación a nivel mundial sobre las desigualdades en salud entre y dentro de los países, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) en 2005. La CSDH tenía como objetivo "reunir la evidencia sobre qué se puede hacer para promover la equidad en salud y fomentar un movimiento global para lograrlo" (CSDH, 2008: 3). El informe final de la CSDH se publicó en 2008 (CSDH, 2008).

La CSDH adoptó una visión holística de los determinantes de la salud, que definió como "determinantes estructurales y condiciones de la vida diaria" (CSDH, 2008: 1). Al hacerlo, reconoció que "por su naturaleza, muchos de los determinantes sociales considerados por la Comisión están relativamente distantes, espacial y temporalmente, de los individuos y la experiencia en salud. Esto plantea desafíos, tanto conceptuales como empíricos, al tratar de atribuir causalidad y demostrar la efectividad de la acción sobre la equidad en salud" (CSDH, 2008: 42). La CSDH adoptó un marco conceptual para describir cómo estos determinantes interactúan entre sí para influir en la salud y las desigualdades en salud. Este marco se muestra en la Figura 7.2.

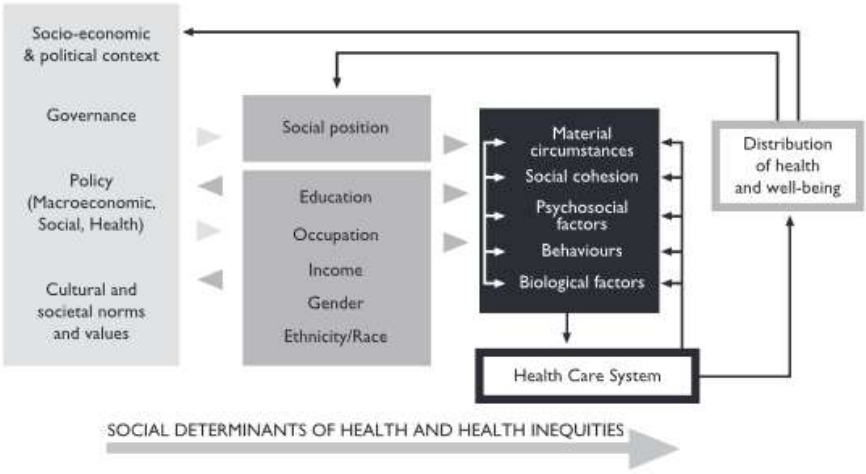


Figura 7.2 Marco conceptual de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Reproducido con permiso de la Organización Mundial de la Salud.

Dada la amplia gama de temas abordados en este enfoque holístico de los determinantes sociales de la salud, la CSDH centró su trabajo en aquellos temas que tenían una fuerte coherencia en la base de evidencia global y aquellos con una relación plausible con las desigualdades en salud, pero donde aún faltaba evidencia sobre lo que se podía hacer para lograr un cambio. Utilizando estos criterios, la CSDH seleccionó los siguientes nueve temas para explorar en detalle:

1. Desarrollo infantil temprano
2. Condiciones de empleo
3. Entornos urbanos
4. Exclusión social
5. Mujeres y equidad de género
6. Globalización
7. Sistemas de salud

8. Condiciones prioritarias de salud
9. Medición y evidencia.

Basándose en sus hallazgos sobre estos nueve temas, el informe de la CSDH propone tres principios de acción, cada uno respaldado por evidencia y recomendaciones detalladas: primero, mejorar las condiciones de vida diaria; segundo, abordar la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y tercero, medir y comprender el problema y evaluar el impacto de la acción.

Mejorar las condiciones de vida diaria

Este primer principio se basa en la evidencia de que las condiciones de la primera infancia y la escolarización, las condiciones laborales y de empleo, y la calidad del entorno natural y construido en el que residen las personas tienen un impacto en los resultados de salud. En particular, diferentes grupos tienen diferentes experiencias de condiciones materiales, apoyo psicosocial y opciones de comportamiento, lo que los hace más o menos vulnerables a una mala salud. Además, el estatus socioeconómico resulta en un acceso y utilización diferencial de la atención médica, lo que provoca la promoción inequitativa de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y la recuperación y supervivencia de enfermedades.

Este principio de acción refleja la conclusión de la CSDH de que las experiencias en la primera infancia (definida desde el desarrollo prenatal hasta los 8 años de edad) y en la educación temprana y posterior, sientan las bases críticas para todo el curso de vida. En consecuencia, propone un enfoque integral de la vida temprana, basado en programas existentes de supervivencia infantil y ampliando las intervenciones en la vida

temprana para incluir el desarrollo social/emocional y el desarrollo del lenguaje/cognitivo. Reconoce la evidencia de la importancia del lugar donde las personas viven para determinar su salud, incluido el papel de la urbanización en remodelar los problemas de salud de la población, especialmente entre los pobres urbanos, hacia enfermedades no transmisibles, lesiones accidentales y violentas, y el impacto de desastres ecológicos. Por ejemplo, en Nairobi, donde el 60% de la población de la ciudad vive en barrios marginales, la mortalidad infantil en los barrios marginales es 2,5 veces mayor que en otras áreas de la ciudad (CSDH, 2008: 60). Este principio también refleja la importancia del trabajo y las condiciones laborales para la salud y el bienestar. La CSDH cita una amplia evidencia del impacto negativo de las condiciones laborales adversas, el trabajo precario y el desempleo en la salud física y mental. En contraste, muestra que un empleo justo con condiciones de trabajo decentes puede mejorar la salud y el bienestar. Además, proporciona evidencia de la necesidad de protección social a lo largo del curso de vida y en casos de shocks específicos, como enfermedades, discapacidades y pérdida de ingresos o empleo. Los sistemas generosos de protección social universal se asocian con una mejor salud de la población, incluida una mortalidad excesiva más baja entre los ancianos y una menor mortalidad entre los grupos socialmente desfavorecidos.

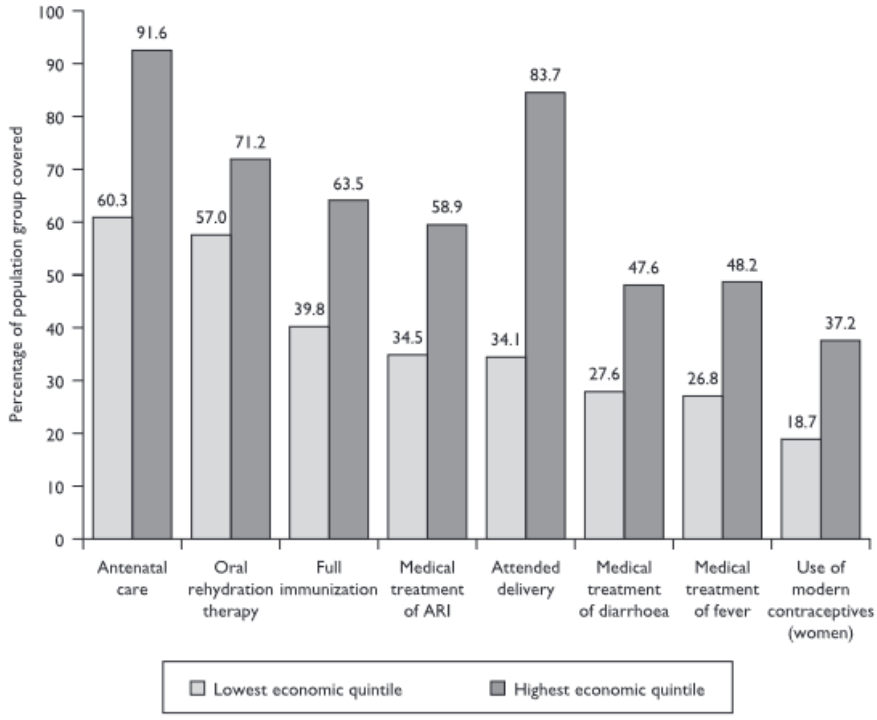


Figura 7.3 Uso de servicios básicos de salud materna e infantil por quintiles económicos más bajos y más altos, en más de 50 países. Reproducido con permiso del Banco Mundial.

Finalmente, este principio de acción plantea que el sistema de atención médica en sí mismo es un determinante social de la salud, que es influenciado por y afecta a los demás determinantes sociales. A modo de ilustración, la Figura 7.3 muestra el uso de servicios básicos de salud materna e infantil por los quintiles económicos más bajos y más altos en más de 50 países. En consecuencia, la CSDH aboga por una cobertura universal de atención médica financiada a través de impuestos generales y/o seguros universales obligatorios. Destaca que los sistemas de atención médica tienen mejores resultados en salud cuando se basan en la atención primaria de salud, donde

la prevención y la promoción se equilibran con la inversión en intervenciones curativas (CSDH, 2008: 3-8).

Abordar la distribución desigual de poder, dinero y recursos

El segundo principio de acción refleja la conclusión de la CSDH de que "la desigualdad en las condiciones de vida diaria está configurada por estructuras sociales y procesos más profundos. La desigualdad es sistemática, producida por normas sociales, políticas y prácticas que toleran o promueven la distribución injusta y el acceso al poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios" (CSDH, 2008: 10). El informe de la CSDH cita evidencia de que las políticas gubernamentales pueden mejorar o empeorar la salud y la equidad en salud, y que al desarrollar políticas, los gobiernos deben adoptar un enfoque de "salud en todas las políticas" que reconozca la amplitud de los determinantes sociales de la salud. Al hacerlo, la coherencia de políticas entre diferentes departamentos y políticas gubernamentales es esencial. El compromiso comunitario y la participación social en el proceso de formulación de políticas son considerados por la CSDH como cruciales, ya que ayudan a garantizar que la toma de decisiones sea justa. El informe también propone que la salud pueda utilizarse como punto de unión para diferentes sectores y actores a través del desarrollo de planes de salud locales.

La CSDH también pide financiamiento público de acciones en todos los determinantes de la salud como parte de este segundo principio de acción. Cita evidencia de que el desarrollo socioeconómico de los países ricos fue fuertemente respaldado por infraestructura financiada públicamente y servicios públicos universalmente progresivos. También presenta evidencia de

que niveles modestos de redistribución de ingresos a través de impuestos progresivos tienen un impacto considerablemente mayor en la reducción de la pobreza que el crecimiento económico por sí solo. Para los países más pobres, se solicita una ayuda financiera internacional mucho mayor. El informe también enfatiza que la salud es un asunto de derechos y una responsabilidad del sector público. Cita evidencia de que la comercialización de bienes sociales vitales como la educación, el agua y la atención médica conduce a la inequidad. Además, la CSDH subraya la importancia de abordar las desigualdades de género a través de su segundo principio de acción.

> Las desigualdades de género son omnipresentes en todas las sociedades. Los sesgos de género en el poder, los recursos, los derechos, las normas y los valores, y la forma en que están estructuradas las organizaciones y se llevan a cabo los programas dañan la salud de millones de niñas y mujeres. La posición de las mujeres en la sociedad también está asociada con la salud y supervivencia infantil, tanto de niños como de niñas. Las desigualdades de género influyen en la salud a través, entre otras vías, de patrones discriminatorios de alimentación, violencia contra las mujeres, falta de poder de toma de decisiones y divisiones injustas del trabajo, el ocio y las posibilidades de mejorar la vida
>
> (CSDH, 2008: 16).

Medir y comprender el problema y evaluar el impacto de la acción

La CSDH cita evidencia de que los países sin datos básicos sobre mortalidad y morbilidad según indicadores socioeconómicos tienen dificultades para abordar las desigualdades en salud (Kelly y Mackenbach, 2007). Además, los países con peores datos son aquellos con mayores

problemas de salud. También llama a tomar medidas para desarrollar capacidades sobre los determinantes sociales entre los responsables de políticas, los profesionales, incluidos los profesionales de la salud y la medicina, y otros actores interesados. El informe de la CSDH concluye:

> "Esta es una agenda a largo plazo que requiere inversión a partir de ahora, con cambios importantes en las políticas sociales, los acuerdos económicos y la acción política. En el centro de esta acción debería estar el empoderamiento de las personas, las comunidades y los países que actualmente no tienen su parte justa. El conocimiento y los medios para el cambio están al alcance de la mano y se reúnen en este informe. Lo que se necesita ahora es la voluntad política para implementar estos cambios eminentemente difíciles pero factibles. No actuar se verá, en décadas venideras, como un fracaso a gran escala para aceptar la responsabilidad que recae sobre todos nosotros"

(CSDH, 2008: 23).

Abordar los determinantes sociales de la salud a través de políticas

Una de las tareas de la CSDH fue "fomentar un movimiento global" para promover la equidad en salud (CSDH, 2008: 3) y desde su publicación, el informe de la CSDH ha tenido una considerable influencia en las políticas a nivel internacional y nacional. A nivel internacional, los Estados miembros de la OMS adoptaron una resolución en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2009 "Reducir las desigualdades en salud mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud". La resolución instaba a los Estados miembros, a la Secretaría de la OMS y a la comunidad internacional a implementar las recomendaciones de la Comisión, destacando áreas como la

medición de las desigualdades en salud, la implementación de un enfoque de determinantes sociales de la salud en los programas de salud pública, adoptar un enfoque de "salud en todas las políticas" para el gobierno y alinear el trabajo sobre los determinantes sociales de la salud con la renovación de la atención primaria de salud.

En octubre de 2011, la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud fue convocada por la OMS y organizada por el Gobierno de Brasil. La conferencia, a la que asistieron responsables de políticas y líderes de salud, se centró en la importancia y urgencia de tomar medidas sobre los determinantes sociales de la salud para reducir las desigualdades en salud entre y dentro de los países. La conferencia adoptó la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, que expresa el compromiso político global para la implementación de un enfoque de determinantes sociales de la salud para reducir las desigualdades en salud y lograr otras prioridades globales. Las áreas prioritarias incluyen:

- Adoptar una mejor gobernanza para la salud y el desarrollo para abordar las causas fundamentales y reducir las desigualdades en salud.

- Promover la participación en la formulación de políticas y su implementación para la acción sobre los determinantes sociales de la salud, involucrando a actores y personas con influencia fuera del gobierno, incluyendo a la sociedad civil.

- Reorientar aún más el sector de la salud hacia la reducción de las desigualdades en salud, incluyendo avanzar hacia una cobertura universal de salud que sea accesible, asequible y de buena calidad para todos.

- Fortalecer la gobernanza y la colaboración global, incluyendo la acción global coordinada sobre los determinantes sociales de la salud, alineada con las políticas gubernamentales nacionales y las prioridades globales.

- Monitorear el progreso y aumentar la rendición de cuentas para informar las políticas sobre los determinantes sociales de la salud.

En mayo de 2012, la Declaración fue adoptada a su vez por los Estados miembros de la OMS en una resolución que los compromete a implementar los compromisos asumidos en las áreas prioritarias.

También existen iniciativas internacionales a nivel regional que reflejan este mayor énfasis en la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales de la salud para reducir las desigualdades en salud. Por ejemplo, la Región Europea de la OMS ha encargado una importante revisión de los determinantes sociales de la salud y la brecha en salud en la Región Europea, que abarca 53 países. El objetivo de la revisión es identificar la relevancia de los hallazgos de la CSDH y otras nuevas evidencias para el contexto europeo y traducirlas en propuestas de políticas. La revisión informará la nueva política de salud para la Región Europea, Salud 2020 (OMS, 2011).

A nivel nacional, los gobiernos también han adoptado el enfoque de los determinantes sociales de la salud para desarrollar estrategias para reducir las desigualdades en salud. En Inglaterra, por ejemplo, el gobierno encargó a Michael Marmot, quien presidió la CSDH, que liderara una revisión independiente para proponer las estrategias más efectivas basadas en evidencia para reducir las desigualdades en salud

en Inglaterra a partir de 2010. El informe final, 'Una sociedad justa para una vida saludable', se publicó en febrero de 2010 y concluyó que reducir las desigualdades en salud requeriría acciones en seis objetivos políticos:

- Dar a cada niño el mejor comienzo en la vida.

- Permitir que todos los niños, jóvenes y adultos maximicen sus capacidades y tengan control sobre sus vidas.

- Crear empleo justo y buen trabajo para todos.

- Garantizar un nivel de vida saludable para todos.

- Crear y desarrollar lugares y comunidades saludables y sostenibles.

- Fortalecer el papel e impacto de la prevención de enfermedades (Marmot, 2010).

Otro ejemplo es la adopción por parte del Gobierno de España en 2008 del tema de reducir las desigualdades en salud como una prioridad. Para llevar esto adelante, se estableció una Comisión sobre la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud. Publicó un informe proponiendo acciones sobre los determinantes sociales de la salud en cinco ámbitos:

1. Distribución de poder, riqueza y recursos.
2. Condiciones de vida y trabajo a lo largo del ciclo de vida.
3. Entornos promotores de la salud.
4. Atención sanitaria.
5. Información, monitoreo, investigación y enseñanza (Gobierno de España, 2010).

Implicaciones para la promoción de la salud

Reconocer los determinantes sociales de la salud como causas de la salud y el bienestar es crucial para una promoción de la salud efectiva. Este capítulo ha mostrado que los factores de estilo de vida y comportamiento asociados con la salud y la enfermedad están fuertemente influenciados por factores como el ingreso, el empleo, la educación, el entorno y las redes sociales. Por lo tanto, la promoción de la salud debe abordar estos factores. Esto implicará que más agencias, sectores, servicios e individuos estén implicados en la promoción de la salud, ya que requiere acciones sobre todos los determinantes sociales de la salud. Además, la salud debe incluirse en todas las políticas porque toda acción tiene el potencial de afectar la salud. Esto también requiere garantizar la coherencia en todo el espectro de políticas. La participación comunitaria en la definición de necesidades, el diseño de soluciones y su implementación es crucial.

Comprender cómo el acceso desigual a los determinantes sociales de la salud contribuye a la inequidad en salud también es importante para diseñar intervenciones. Por ejemplo, los programas de actividad física y otras iniciativas de salud deben dirigirse a comunidades que no acceden a los servicios existentes. Si no lo hacen, existe el peligro de que las inequidades en salud aumenten a medida que la salud de la población en general mejora porque acceden a estos nuevos servicios, mientras que la salud física y mental de las comunidades desfavorecidas continúa rezagada. Sin embargo, centrarse únicamente en los más desfavorecidos no reducirá suficientemente las desigualdades en salud. Para reducir la pendiente social en la salud, las acciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad proporcionales al

nivel de desventaja. Este enfoque se conoce como universalismo proporcional (CSDH, 2008; Marmot, 2010).

Por último, el enfoque de los determinantes sociales tiene importantes implicaciones para medir la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud. Puede haber retrasos significativos antes de que la acción sobre estos determinantes se traduzca en mejoras en la equidad en salud. Esto dificulta atribuir causalidad y demostrar efectividad. Esto ha llevado a pedir una reevaluación de lo que constituye "evidencia" y un mayor esfuerzo para mejorar, recopilar y compartir esta evidencia (CSDH, 2008).

Actividad 7.3

Esta actividad te anima a reflexionar sobre la acción sobre los determinantes sociales de la salud en tu país. Identifica una política o proyecto que busque cambiar los determinantes sociales de la salud en tu país. Describe cómo esto impactará en la salud y sugiere formas en que se podrían medir estos impactos. ¿Qué problemas están involucrados en la evaluación de estos impactos?

Retroalimentación

Es posible que hayas identificado proyectos sobre los determinantes sociales de la salud, como aquellos relacionados con el empleo, la vivienda, los ingresos, la educación, la igualdad de género, el medio ambiente y el acceso a servicios. Es posible que hayas sugerido que el impacto se pueda medir mediante indicadores de proceso (como niveles de inversión o tener una estrategia en marcha), indicadores de servicios (como niños que van a la escuela o personas que acceden a capacitación) y medidas de resultados (como mejoras en el

logro educativo o niveles de desempleo). También es posible que hayas identificado problemas que complican la medición del impacto de intervenciones específicas en los resultados de salud, incluyendo: el lapso de tiempo entre la acción y los cambios en el estado de salud, la dificultad de atribuir cambios en el estado de salud a una sola intervención y la posibilidad de factores compuestos.

Resumen

Este capítulo ha explorado qué determina la salud y los modelos propuestos para explicar cómo estos determinantes interactúan para influir en la salud. También se ha discutido la creciente importancia atribuida a los determinantes sociales de la salud en las políticas para reducir las inequidades en salud y los tipos de intervenciones propuestas por estas políticas. Por último, el capítulo ha analizado las implicaciones de este enfoque para la práctica de la promoción de la salud.

Referencias

Barker, D.J.P. (1998) Mothers, Babies and Disease in Later Life (2nd edn.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Bartley, M., Power, C., Blane, D., Davey Smith, G. and Shipley, M. (1994) Birth weight and later socioeconomic disadvantage: evidence from the 1958 British cohort study, British Medical Journal, 309: 1475–8.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008) Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991) Policies and strategies to promote social equity in health (mimeo). Stockholm: Institute for Future Studies.

Government of Spain, Directorate General for Public Health and Foreign Health Ministry of Health (2010) Moving Forward Equity: A Proposal of Policies and Interventions to Reduce Social Inequalities in Health in

Spain. Madrid: Directorate General for Public Health and Foreign Health Ministry of Health. Available at: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Moving_Forward_Equity.pdf [accessed 16 November 2012].

Graham, H. (2001) The Health Variations programme and the public health agenda, Health Variations: The Offi cial Newsletter of the ESRC Health Variations Programme, Issue 7, April. Lancaster: Lancaster University.

Gwatkin, D.R., Wagstaff, A. and Yazbeck, A. (eds.) (2005) Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why. Washington, DC: The World Bank.

Harris, E., Sainsbury, P. and Nutbeam, D. (eds.) (1999) Perspectives on Health Inequity. Sydney, NSW: Australian Centre for Health Promotion.

Kelly, M. and Mackenbach, J. (2007) The Social Determinants of Health: Developing an Evidence Base for Political Action. Final report to the World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health from Measurement and

Evidence Knowledge Network. Chile: Universidad del Desarrollo/ London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Lalonde, M. (1974) A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document (the Lalonde Report). Ottawa: Government of Canada.

Marmot, M. (2004) Status Syndrome: How Our Position on the Social Gradient Affects Longevity and Health. London: Bloomsbury.

Marmot, M. (2010) Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010.

London: Marmot Review. Available at: www.marmotreview.org [accessed 16 November 2012].

Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M. and Hamilton, P.J.S. (1978) Employment grade and coronary heart disease in British civil servants, Journal of Epidemiology and Community Health, 32: 244–9.

McGinnis, J.M., Williams- Ruso, P. and Knickman, J.R. (2002) The case for more active policy attention to health promotion, Health Affairs, 21(2): 78–93.

Townsend, P., Davidson, N. and Whitehead, M. (1988) Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide. London: Pelican.

World Health Organization (WHO) (2011) Interim Second Report on Social Determinants of Health and the Health Divide in the WHO European Region. Copenhagen: WHO.

Lecturas adicionales

Graham, H. (2004) Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings, Millbank Quarterly, 82(1): 101–24.

World Health Organization (WHO) (1998) Health21: Health for All in the 21st Century. Copenhagen: WHO Regional Offi ce for Europe.

World Health Organization (WHO) (2003) The Solid Facts: Social Determinants of Health. Copenhagen: WHO.

8. Teorizando las desigualdades en salud - Adam Fletcher

Resumen

En este capítulo, se te presentará la naturaleza y el alcance de las desigualdades en salud, y aprenderás sobre una serie de perspectivas teóricas que se han propuesto para explicar estas desigualdades e informar enfoques y métodos de promoción de la salud.

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, podrás:

- Enumerar diferentes ejemplos de desigualdades sociales en salud.
- Discutir críticamente las teorías que se han propuesto para explicar las desigualdades en salud.
- Identificar posibles respuestas a las desigualdades en salud.

Términos clave

Desigualdades en salud: Diferencias en el estado de salud entre diferentes poblaciones y grupos sociales.

Inequidades en salud: Un término que se puede usar para describir las desigualdades en salud que se consideran prevenibles.

Estatus socioeconómico: El lugar de un individuo en la jerarquía social según su nivel de ingresos, educación, ocupación y/o lugar de residencia.

Epidemiología social: El campo de la epidemiología que examina la distribución social y espacial de los resultados de salud y los determinantes sociales de los resultados de salud.

¿Qué son las desigualdades en salud?

El término "desigualdades en salud" se refiere a las diferencias en los resultados de salud, incluyendo la morbilidad y la mortalidad, entre diferentes subgrupos de población y países. La noción de que pertenecer a un grupo social particular o vivir en un determinado tipo de país predispone a las personas a una salud innecesariamente más pobre y a una esperanza de vida más baja no es nueva y sin duda fue evidente mucho antes de la acumulación de lo que ahora se aceptaría como "evidencia científica" (Scrambler, 2011). A principios de la década de 1840, Friedrich Engels (1845) escribió famosamente sobre la distribución social injusta de las enfermedades en Inglaterra según la clase social y el nivel de ingresos. Los epidemiólogos sociales ahora cuantifican rutinariamente tales desigualdades en los resultados de salud. Por ejemplo, el Departamento de Salud (2010: 5) en Inglaterra informó recientemente: "Las personas que viven en las áreas más pobres morirán, en promedio, 7 años antes que las personas que viven en áreas más ricas y pasarán hasta 17 años más viviendo con mala salud".

Los epidemiólogos que estudian las desigualdades en los resultados de salud miden el estatus socioeconómico de diversas formas, por ejemplo, según los ingresos individuales y familiares, las cualificaciones educativas, el estatus ocupacional, la tenencia de vivienda y/o la privación basada en el área. Existe evidencia consistente de que aquellos individuos con la clasificación socioeconómica más baja tienen, en

promedio, los peores resultados de salud y mueren más jóvenes, independientemente de la medida de estatus socioeconómico utilizada (Link y Phelan, 1995). En su libro sobre las desigualdades socioeconómicas en salud, Hilary Graham concluyó que, a pesar de las mejoras en la esperanza de vida en general, las mejoras en salud han sido "más rápidas entre aquellos en la cúspide que entre los de la parte inferior de la jerarquía socioeconómica" (Graham, 2007: 12). Este patrón también es evidente en todos los países de ingresos altos (Mackenbach, 2005). A veces, se utiliza el término "inequidades en salud" para describir las desigualdades en salud que son prevenibles.

También se han observado desigualdades significativas en salud entre países. En países de ingresos altos como Japón y Suecia, una niña nacida hoy tiene una esperanza de vida de más de 80 años, pero la esperanza de vida aún es inferior a 50 años en varios países de África subsahariana (CSDH, 2008). La mortalidad materna también varía drásticamente entre países. Por ejemplo, el riesgo de muerte para las madres es de uno de cada ocho en Afganistán, en comparación con solo uno de cada 17,400 en Suecia (OMS, 2007). Al igual que en los países de ingresos altos, también existen diferencias marcadas en los resultados de salud dentro de los países de bajos ingresos, que están estrechamente relacionadas con la pobreza y la desventaja social. Por ejemplo, la mortalidad materna es cuatro veces mayor entre los pobres en comparación con los ricos en Indonesia (Graham et al., 2004).

Sin embargo, las desigualdades no existen simplemente entre los más privilegiados y los más desfavorecidos en una sociedad; también se han observado desigualdades en salud a lo largo de un "gradiente social", donde hay un aumento lineal

en la mala salud y la mortalidad con una posición socioeconómica decreciente (Marmot, 2004). Este gradiente existe en todos los países según diversos factores de estatus socioeconómico, como los ingresos, el nivel de educación, el estatus ocupacional y las características del vecindario (CSDH, 2008). Esto significa que cuanto más favorables sean tus circunstancias, mejores serán tus posibilidades de disfrutar de buena salud y una vida más larga. Un ejemplo de tal gradiente social se muestra en la Figura 8.1, que muestra la tasa de mortalidad (todas las causas) por 100,000 habitantes en Escocia por género y categoría de privación (DEPCAT) del área en la que viven las personas.

La investigación sobre las desigualdades en salud según el género también se ha desarrollado desde finales de la década de 1960 (Annandale, 1998). Graham (2000) ha sugerido que "ser mujer" exacerba los problemas de desventaja social, donde el bajo estatus socioeconómico se "expresa" de manera diferenciada según el género, por ejemplo, las mujeres de grupos socioeconómicos bajos son las más propensas a fumar. Además de las altas tasas de mortalidad materna en los países de bajos ingresos, las mujeres en contextos de bajos ingresos están expuestas a riesgos adicionales para la salud a través de la violencia de género. El siguiente estudio de caso proporciona un ejemplo de las desigualdades de género.

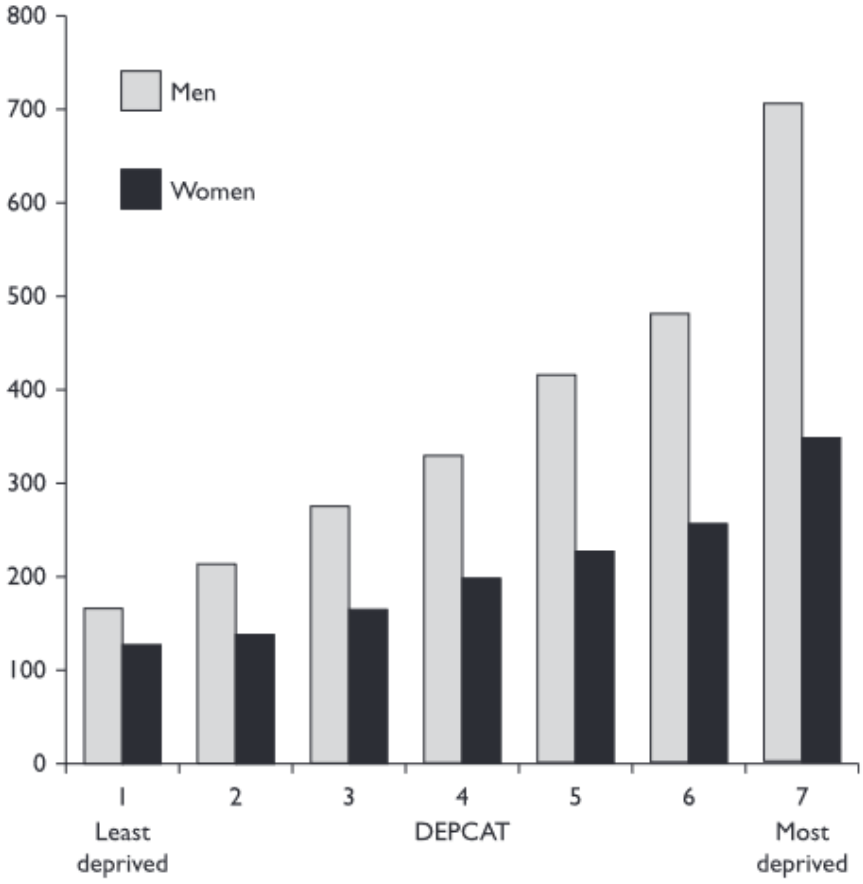


Figura 8.1 Tasa de mortalidad por todas las causas por cada 100,000 habitantes en Escocia. Reproducida bajo los términos de la Licencia de Gobierno Abierto (OGL).

Recuadro 8.1 Estudio de caso: Desigualdades de género en el VIH en África subsahariana

> En África subsahariana, la tasa de nuevas infecciones por VIH entre las mujeres de los grupos socioeconómicos más altos ha disminuido desde el comienzo de la epidemia y las infecciones por VIH están ahora cada vez más concentradas entre las mujeres jóvenes más desfavorecidas y vulnerables (Hargreaves et al., 2008). Esto se atribuye a la inversión en campañas de

> educación sanitaria, que son más efectivas para llegar y cambiar el comportamiento sexual de riesgo de las mujeres en grupos socioeconómicos más altos, mientras que las mujeres con menos educación no siempre pueden negociar prácticas sexuales más seguras debido a importantes desventajas económicas, desigualdades educativas y desequilibrios de poder de género en la región. La violencia sexual también es común y es probable que sea otro factor de riesgo importante de VIH en algunos entornos afectados por conflictos. Análisis realizados por investigadores del grupo de violencia de género de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres han encontrado que esta violencia sexual podría aumentar la incidencia del VIH en un 10 por ciento
>
> (Watts et al., 2010).

La etnia es otro eje de desigualdad que ha recibido cada vez más atención, especialmente en Europa (Bradby y Nazroo, 2010) y en los Estados Unidos (Bourgois, 1995). Las desigualdades en los resultados de salud, los niveles de acceso a servicios de atención médica y la calidad de la atención experimentada por los grupos étnicos minoritarios deben abordarse con urgencia en toda Europa y América del Norte (OMS, 2010). Al igual que con el género, múltiples dimensiones de desigualdad social y económica se superponen con la etnia y se refuerzan mutuamente. Por ejemplo, se ha identificado la desventaja socioeconómica como una de las principales razones por las cuales las comunidades afrocaribeñas tienen tasas más altas de mala salud y enfermedades crónicas en los Estados Unidos. La concentración de poblaciones étnicas minoritarias en ubicaciones geográficas específicas en países como los Estados Unidos también tiene efectos profundos en su capacidad para acceder a servicios de salud y beneficiarse de iniciativas de mejora de la salud pública. Sin embargo, no todas

las diferencias sociales y culturales entre los grupos étnicos minoritarios tienen un impacto negativo en los resultados de salud. Por ejemplo, hay evidencia de que ciertos grupos étnicos minoritarios en el Reino Unido tienen una mejor salud mental que la población británica blanca, lo cual puede atribuirse a factores culturales familiares y comunitarios en este grupo (véase, por ejemplo, Goodman et al., 2008).

Actividad 8.1

En esta actividad, reflexionarás sobre las desigualdades en salud tal como afectan a tu propio país.

¿Cuáles son los tres principales ejes sociales a través de los cuales se producen las desigualdades en salud?

Enumera ejemplos de desigualdades en salud de un país en el que hayas vivido.

Retroalimentación

Los tres principales ejes sociales son: estatus socioeconómico, género y etnia.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH, por sus siglas en inglés) fue establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las desigualdades en salud a nivel mundial. El informe final publicado por la CSDH (2008) enumera una amplia gama de ejemplos de desigualdades en salud entre y dentro de los países. Estos incluyen obesidad, desnutrición, problemas de salud mental, enfermedades cardíacas, mortalidad infantil, muerte materna, diabetes, riesgos para la salud relacionados con el trabajo, enfermedades infecciosas, lesiones y muertes por accidentes, salud dental y el

uso de productos perjudiciales para la salud, como el alcohol y el tabaco. Se recomienda leer el informe como lectura adicional al final de este capítulo.

También ha habido un aumento en la investigación que examina no solo cómo varían los perfiles de salud de los países según sus niveles de ingresos, sino también cómo estos parecen diferir según otros factores a nivel societal, especialmente en lo que respecta a cómo los niveles generales de desigualdad de ingresos pueden explicar las variaciones en los resultados de salud de diferentes países, como la esperanza de vida. Wilkinson y Pickett (2009) analizaron datos de 21 países de altos ingresos y encontraron que, independientemente de la riqueza general de una nación, una brecha más estrecha entre ricos y pobres dentro de un país se asocia con una mejor salud y bienestar en una población. Descubrieron que los países ricos con mayores niveles de desigualdad económica, como Estados Unidos, Reino Unido y Portugal, consistentemente tienen peores resultados de salud y una esperanza de vida más baja que países más igualitarios como Suecia, Noruega y Japón. La implicación central es que un mayor crecimiento económico en un país no conducirá a una mejor salud o bienestar en esos países. De hecho, no parece haber una relación discernible entre el ingreso per cápita y el bienestar social en países de altos ingresos. Sin embargo, hacer que un país sea económicamente más igual puede beneficiar a toda la población en términos de reducción de la violencia, enfermedades mentales, obesidad, consumo de drogas, embarazos adolescentes y otros resultados, además de reducir las desigualdades en salud dentro de un país. Este hallazgo de investigación se ilustra en el siguiente estudio de caso sobre variaciones internacionales en la salud y el bienestar infantil.

Cuadro 8.2 Estudio de caso: Variaciones internacionales en la salud y el bienestar infantil.

En 2007, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) utilizó 40 indicadores para explorar sistemáticamente las diferencias en la salud y el bienestar infantil informados en diferentes países de altos ingresos, incluyendo medidas de la afinidad familiar, la salud y seguridad infantil, el nivel educativo, las relaciones entre pares, el bienestar social y emocional, y los comportamientos de riesgo para la salud, como fumar, beber y consumir drogas. El estudio concluyó que los niños en países como Estados Unidos y Reino Unido experimentaron los peores resultados y los países con los mejores resultados en salud y bienestar infantil fueron las sociedades más igualitarias (ver Figura 8.2).

Lo mismo se observó al examinar diferentes aspectos del bienestar infantil y cómo esto varía en diferentes estados de Estados Unidos (Wilkinson y Pickett, 2009). Estos estudios sugieren que las mejoras en el bienestar infantil en sociedades ricas dependerán más de las reducciones en la desigualdad que del crecimiento económico adicional.

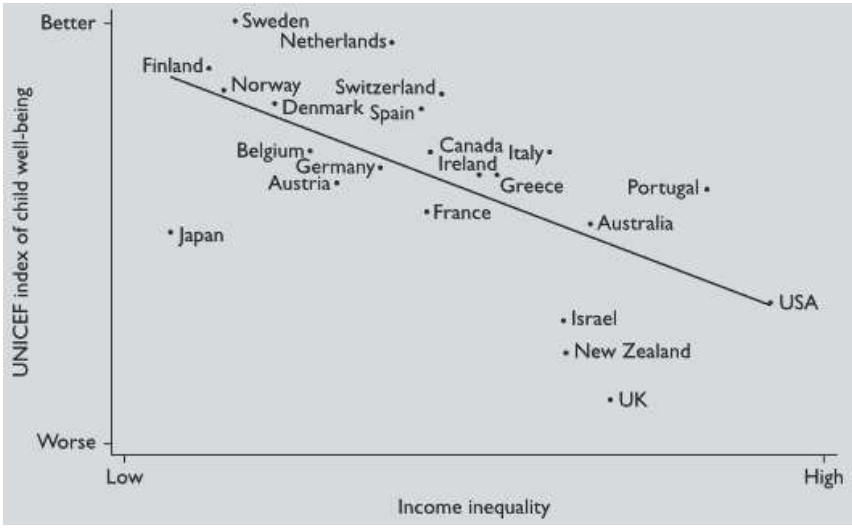


Figura 8.2 Bienestar infantil y desigualdad de ingresos.

Fuente: UNICEF (2007) Pobreza infantil en perspectiva: Una visión general del bienestar infantil en países ricos. Reproducido con permiso de UNICEF.

Respuestas políticas a las desigualdades en salud

En la última década, ha habido una reconfiguración de los objetivos de la política de salud pública, principalmente en países desarrollados, lo que ha llevado a un aumento en el número de respuestas políticas a las desigualdades en salud. Las políticas de salud pública ahora suelen enfatizar los "objetivos gemelos" de mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades en salud. Los documentos políticos nacionales e internacionales, estrategias y marcos que se centran específicamente en reducir las diferencias en los resultados de salud entre diferentes grupos sociales son ahora comunes. Por ejemplo, en el Reino Unido, "Salvar vidas: Nuestra nación más saludable" fue un documento de política gubernamental lanzado con el objetivo específico de "mejorar la salud de todos y abordar la desigualdad en salud" (Secretario de Estado de Salud, 1999: 2). En los Estados Unidos, una estrategia similar lanzada un año después fue "diseñada para lograr dos objetivos principales: aumentar la calidad y los años de vida saludable [y] eliminar las disparidades en salud" (USDHHS, 2000: 2). En América del Norte, "disparidades en salud" es otro término utilizado para referirse a las diferencias en los resultados de salud entre diferentes grupos sociales y, por lo tanto, es sinónimo de "desigualdades en salud" en dichos contextos.

Estos ejemplos británicos y estadounidenses de políticas de salud pública están lejos de ser excepcionales, y cada vez hay más ejemplos de gobiernos en todo el mundo que desarrollan

estrategias integrales para abordar las desigualdades. Sin embargo, aunque cada vez son más comunes, aún existe poco acuerdo en los documentos políticos con respecto a los impulsores específicos de las desigualdades significativas o las áreas prioritarias claras para la acción. En cambio, las políticas nacionales tienden a tener un enfoque amplio, a menudo reconociendo todas las posibles explicaciones con recomendaciones de amplio alcance. Tomando como ejemplo nuevamente al Reino Unido, en 2003, "Abordar las desigualdades en salud: Un programa de acción" (Departamento de Salud, 2003) identificó la necesidad de abordar las influencias sociales más amplias en la salud, incluyendo la acción en todas las siguientes áreas: reducir los niveles de pobreza infantil; mejorar la calidad de la vivienda deficiente; mejorar el transporte local; mejorar el rendimiento educativo y abordar las habilidades básicas deficientes; combatir el desempleo; y fortalecer las comunidades pobres mediante el acceso a instalaciones y servicios sociales y comunitarios.

A nivel internacional, también ha habido un reconocimiento creciente de lo que Link y Phelan (1995) denominaron las "causas fundamentales de la enfermedad" (también a veces denominadas las "causas de las causas" de la enfermedad), anclando explícitamente los comportamientos de salud riesgosos en el contexto de una amplia gama de circunstancias y estructuras sociales y materiales subyacentes. La Organización Mundial de la Salud ha mostrado su compromiso de apoyar la acción sobre las desigualdades, como la estrategia Health21 (OMS, 1999), con el objetivo de reducir la brecha en salud entre los grupos socioeconómicos dentro de los países en al menos una cuarta parte en todos los Estados miembros para

mejorar sustancialmente la salud de los grupos más desfavorecidos. Además, la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre Determinantes Sociales de la Salud se comprometió posteriormente con la misma aspiración a nivel mundial. Esto se discute con más detalle en el Capítulo 7 sobre los determinantes de la salud.

Si la estrategia Health21 fue el comienzo del viaje hacia una agenda internacional de políticas públicas centrada en las desigualdades en salud, entonces las recomendaciones de Michael Marmot y su equipo para la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH, 2008) tenían la intención de operacionalizar esto a nivel global. Concluyeron que reducir las desigualdades en salud requeriría acciones en seis objetivos políticos amplios para:

- Dar a cada niño el mejor comienzo en la vida.

- Permitir que todos los niños, jóvenes y adultos maximicen sus capacidades y tengan control sobre sus vidas.

- Crear empleo justo y buen trabajo para todos.

- Garantizar un nivel de vida saludable para todos.

- Crear y desarrollar lugares y comunidades saludables y sostenibles.

- Fortalecer el papel y el impacto de la prevención de enfermedades.

Lo que todas estas amplias respuestas políticas nacionales e internacionales a las desigualdades en salud tienen en común es la falta de uso explícito de teoría. Como observa Graham (2007:13) en relación con las desigualdades en salud y las

respuestas políticas a estas, "observar que la asociación persiste no es, por supuesto, lo mismo que explicar cómo persiste". Las teorías ofrecen un marco para estudiar problemas sociales y pueden proporcionar explicaciones sobre las formas en que ocurre el cambio en individuos, comunidades y sociedades. Por lo tanto, los promotores de la salud necesitan teorías para informar intervenciones y planificación de programas específicos, apropiados y efectivos.

En otras palabras, las teorías son fundamentales para responder preguntas como: ¿Qué desigualdades existen entre los grupos sociales? ¿Quiénes se ven afectados? ¿Cuáles son las causas de estas desigualdades? ¿Cómo debemos abordar las causas? Estas preguntas siguen siendo un punto ciego importante en los documentos de políticas para reducir las desigualdades en salud a pesar de la amplia gama de explicaciones teóricas que se han propuesto. La siguiente sección revisa estas diferentes explicaciones.

Actividad 8.2

Esta actividad te invita a reflexionar sobre los tipos de políticas que los gobiernos han implementado para mejorar la salud y/o abordar las desigualdades en salud. Piensa en las políticas de salud gubernamentales en tu país. ¿Estas políticas abordan explícitamente las desigualdades en salud o buscan mejorar la salud de la población en general? ¿En qué se enfocan y qué buscan cambiar?

Retroalimentación

Las políticas que buscan abordar las desigualdades en salud se centran en cambios de salud entre las personas y comunidades que experimentan los peores resultados de salud, en

contraposición a las políticas de salud general, que están dirigidas a la población en su conjunto. Por ejemplo, podrían incluir políticas que busquen abordar el acceso desigual a los servicios de salud mediante la mejora de los servicios en áreas aisladas o desfavorecidas, reducir comportamientos perjudiciales para la salud como fumar o modificar los determinantes sociales clave de la salud, como el bajo nivel educativo.

Teorías para explicar las desigualdades en salud

Esta sección describe siete perspectivas teóricas diferentes que se han utilizado para tratar de explicar los tipos de desigualdades en los resultados de salud entre grupos sociales descritos en la primera sección de este capítulo. Las teorías pueden ayudar al diseño de enfoques y métodos de promoción de la salud más efectivos. Sin embargo, como se discutió anteriormente, a menudo hay poco acuerdo en los círculos políticos sobre los méritos relativos e importancia de estas diferentes teorías. Si bien el Informe Black (Townsend y Davidson, 1980) en el Reino Unido ciertamente fue un catalizador importante para desarrollar teorías más claras sobre por qué las personas más pobres tienen resultados de salud tan notablemente peores, ahora existen múltiples explicaciones, a veces competidoras. No hay una forma exhaustiva y no controvertida de categorizar estas explicaciones, pero a continuación se describen siete conjuntos de teorías diferentes que han surgido.

Actividad 8.3

Esta actividad explora diferentes teorías que se han propuesto para explicar las desigualdades en salud. Se describen siete explicaciones diferentes propuestas para comprender y teorizar

mejor los impulsores de las desigualdades en salud. Con el fin de revisar los puntos clave, para cada explicación toma nota de:

1. Las influencias en los resultados de salud desiguales enfatizadas por esa explicación.
2. Las limitaciones y críticas de cada explicación. Además,
3. Considera cuáles son las principales implicaciones para la intervención de cada una de estas diferentes explicaciones teóricas.

Se presentan ejemplos de las implicaciones de cada explicación en la sección de comentarios de esta actividad más adelante en el capítulo.

Explicaciones materiales

Una proposición teórica central ha sido tradicionalmente que son las circunstancias y condiciones materiales en las que viven las personas más pobres las que los predisponen a una peor salud y una esperanza de vida más corta. Esta perspectiva material argumenta que son estas diferencias en las circunstancias materiales de las personas las que explican las amplias variaciones en los resultados de salud según ejes sociales como el estatus socioeconómico. Esto se basa en la idea de que la falta de ingresos y la desventaja económica se cree que conducen a la falta de alimentos, vivienda inadecuada y saneamiento deficiente, lo que, a su vez, lleva a peores resultados de salud y una esperanza de vida más baja entre los grupos socioeconómicos más bajos. Las condiciones laborales de los trabajadores pobres también pueden ponerlos en mayor riesgo (por ejemplo, entornos de trabajo peligrosos y sucios). La fortaleza de esta perspectiva teórica es que se centra claramente en la importancia de la pobreza, la vivienda deficiente y las condiciones laborales como determinantes

importantes de la salud. Esto probablemente sea especialmente válido en países de bajos ingresos.

Sin embargo, esta teoría, que fue un tema importante en el influyente Informe Black sobre las desigualdades en salud (Townsend y Davidson, 1980), ahora se considera demasiado simplista y poco convincente en la mayoría de los países de altos ingresos, que tienen grandes estados de bienestar y donde relativamente pocas personas viven en pobreza "absoluta" sin acceso a alimentos y refugio. Además, las explicaciones materiales también tienen limitaciones en que no pueden explicar adecuadamente el gradiente social observado de manera consistente en los principales resultados de salud. Es decir, no solo los más pobres en términos materiales o aquellos que viven y trabajan en las peores condiciones tienen los peores resultados de salud, existe un aumento lineal en la mala salud y la mortalidad a medida que disminuye el estatus socioeconómico. Por ejemplo, incluso excluyendo al 5 por ciento más pobre y al 5 por ciento más rico, la brecha en la esperanza de vida en Inglaterra entre los ingresos bajos y altos sigue siendo de 6 años, y en la esperanza de vida libre de discapacidad de 13 años (Departamento de Salud, 2010). También se ha criticado a las perspectivas materiales porque ignoran otros determinantes importantes de la mortalidad temprana y las enfermedades no transmisibles en familias y comunidades de nivel socioeconómico más bajo, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Explicaciones neomaterialistas

Las explicaciones neomaterialistas han surgido en parte como respuesta a las críticas y limitaciones de las explicaciones materiales tradicionales. En lugar de centrarse únicamente en

la pobreza y en las condiciones de vida y trabajo de los más pobres, la perspectiva neomaterialista enfatiza la importancia de las políticas sociales y la provisión de bienestar de manera más amplia, las cuales pueden influir en los resultados de salud. Por ejemplo, la calidad y accesibilidad de los servicios de salud, la educación estatal, las iniciativas de transporte activo, los parques y otras instalaciones comunitarias probablemente influirán en los resultados de salud. Estas explicaciones neomaterialistas sugieren que ciertas comunidades o regiones tienen mejores servicios sociales y provisión de bienestar, lo que explica las diferencias en la esperanza de vida y otros resultados de salud entre estas áreas. Una fortaleza clave de esta perspectiva es que aborda algunas de las limitaciones de las explicaciones materiales tradicionales más simples, situando las desigualdades en salud en el contexto de las políticas públicas y reconociendo la importancia del "lugar" (Popay y Williams, 2009). También llama la atención sobre lo que se conoce como la "ley de atención inversa", según la cual la disponibilidad de atención médica o social de calidad varía inversamente con las necesidades de la población atendida (Tudor Hart, 1971).

Una crítica importante de estas perspectivas es que en países como el Reino Unido, Canadá y Australia, la salud, la educación y otros servicios sociales se brindan de manera universal, lo que potencialmente limita en qué medida se pueden atribuir las desigualdades en salud a diferencias en la recepción de estos recursos. Incluso si la provisión varía según el área, fenómeno que se ha denominado "lotería del código postal" (véase, por ejemplo, Bungay, 2005), esto parece poco probable que explique completamente tanto el gradiente social observado en los resultados de salud como la magnitud de las desigualdades

entre los más ricos y los más pobres en muchas sociedades. Es posible que las explicaciones neomaterialistas tengan mayor valor para comprender las diferencias entre países en los resultados de salud, en los cuales los estados de bienestar más completos, como en Suecia, promueven la salud a nivel de la población (Lynch et al., 2000). Sin embargo, Wilkinson y Pickett (2009) argumentan en su mayoría en contra de esto y sugieren que las diferencias observadas en los resultados de salud entre los países occidentales probablemente se deben a desigualdades de ingresos y sociales arraigadas (por ejemplo, en EE. UU. y el Reino Unido) y que los factores psicosociales pueden tener un mayor valor explicativo (se describen a continuación). Al igual que las explicaciones materiales tradicionales, las perspectivas neomaterialistas también ignoran en gran medida los determinantes clave de la mortalidad temprana en comunidades de bajo nivel socioeconómico, como el tabaquismo, y no reconocen específicamente la importancia de ciertas etapas del curso de vida (Bartley, 2003).

Explicaciones culturales y conductuales

Las explicaciones culturales y conductuales, que surgieron del Informe Black (Townsend y Davidson, 1980), se han convertido en un punto de partida común para los teóricos que buscan explicar las desigualdades en salud. Enfatizan cómo ciertas clases sociales y/o grupos de ingresos más bajos comparten a menudo una cultura que promueve y refuerza ciertos comportamientos relacionados con la salud "arriesgados" (por ejemplo, fumar y una mala dieta) e inhibe otros comportamientos más promotores de la salud (por ejemplo, ejercicio regular y detección temprana). Una fortaleza de estas explicaciones es que en muchos países de altos ingresos esto se relaciona con la evidencia de cómo los grupos de bajo nivel

socioeconómico tienen tasas mucho más altas de tabaquismo, consumo de alcohol y comportamientos dietéticos deficientes, y una esperanza de vida mucho más baja. Estas explicaciones también han permeado los discursos populares y las construcciones "populares" de las desigualdades en salud (Popay et al., 2003).

Aunque son una explicación popular, las teorías de las desigualdades en salud que se centran en fenómenos culturales y conductuales han sido criticadas por ignorar la pobreza, la desigualdad de ingresos y otros importantes determinantes estructurales "aguas arriba" de la salud, como la exclusión social y la discriminación. Además, los estudios epidemiológicos sociales han demostrado que si bien ciertos "factores de riesgo relacionados con el estilo de vida" para la mortalidad temprana son más frecuentes en comunidades de bajos ingresos, ni el tabaquismo ni otros riesgos individuales como una mala dieta explican adecuadamente por sí solos las diferencias socioeconómicas en la mortalidad (Shaw et al., 1999). En su artículo de revisión para la revista "Sociology of Health and Illness", Graham Scrambler (2011: 135) concluyó que:

> "En los 30 años transcurridos desde la publicación del Informe Black, se ha vuelto evidente que los comportamientos de las personas a menudo están arraigados no solo en su cultura, sino en sus circunstancias sociales y económicas: comer de manera saludable no es barato y fumar puede brindar un alivio temporal frente a la monotonía de la vida cotidiana carente de esperanza tangible".

En resumen, estas explicaciones conductuales tienden a "culpar a las víctimas" de desigualdades estructurales más amplias, pobreza y desventaja social. También hay cada vez más evidencia sobre la importancia de estas influencias "aguas

arriba" en la salud. Por ejemplo, se ha encontrado que las intervenciones que solo buscan abordar estos determinantes conductuales mejorando el conocimiento, las habilidades y modificando las normas tienen efectos limitados (Marmot, 2010; Chokshi y Farley, 2012), especialmente para aquellos en mayor riesgo (White et al., 2009). Si bien esto resalta la necesidad de abordar los factores materiales y la redistribución neomaterialista, también hay un interés creciente en los factores "psicosociales" y cómo las experiencias de pobreza relativa y posición social de los individuos determinan los resultados de salud desiguales dentro y entre sociedades prósperas.

Explicaciones psicosociales

También se han utilizado factores de riesgo psicosociales para desarrollar teorías que expliquen las desigualdades en salud según el estatus socioeconómico y los ingresos. Los defensores de estas explicaciones psicosociales tienden a centrarse en las "ramificaciones de la desigualdad social" en cómo las personas se ven, definen y evalúan a sí mismas y sus comportamientos. Por ejemplo, Michael Marmot (2004) se ha basado en evidencia de los "estudios Whitehall" británicos, en los que los investigadores siguieron a cohortes de funcionarios públicos durante 30 años, para argumentar que el sentido de control y la percepción subjetiva de su posición social son aspectos relevantes para la salud de las personas y esto explica las marcadas diferencias en los resultados de salud observados entre diferentes grupos sociales y económicos. Los estudios seminales de Richard Wilkinson sobre las desigualdades en salud en diferentes países han complementado la posición teórica de Marmot, primero al sugerir que la desigualdad de ingresos conduce a la fragmentación social, la ruptura del apoyo social y la confianza, lo que daña la salud y el bienestar

(Wilkinson, 1996); y segundo, al desarrollar la noción de "comparación social" y su importancia para comprender cómo una percepción subjetiva de la posición dentro de la jerarquía social es un determinante crítico de los resultados de salud a largo plazo (Wilkinson y Pickett, 2009).

Una fortaleza importante de este enfoque teórico es el reconocimiento explícito de que las circunstancias materiales o neomateriales y los rasgos culturales por sí solos no pueden explicar completamente el gradiente en salud observado según la posición social, que se observa actualmente en muchos países de altos ingresos. También se apoya la importancia de la posición jerárquica de las personas en el entorno laboral y en la sociedad en general a través de estudios empíricos (Marmot, 2004; Wilkinson y Pickett, 2009). Sin embargo, si bien estas explicaciones psicosociales no ignoran el entorno que rodea a las personas, potencialmente subestiman la importancia y multiplicidad de los determinantes sociales y materiales más amplios de la salud. Por ejemplo, la obesidad infantil puede estar concentrada en las familias más pobres porque la "comida rápida" es barata y accesible en esas áreas, porque hay menos lugares seguros para realizar actividad física en el vecindario donde viven estas familias, o porque estos comportamientos se aprenden y promueven socialmente dentro de la cultura local, la escuela o el entorno familiar. En otras palabras, al centrarse en las jerarquías sociales, se pasan por alto estas otras dimensiones igualmente importantes, limitando su valor explicativo para muchos comportamientos relacionados con la salud. También es incierto por qué algunas personas son más "susceptibles" que otras a una mala salud debido a su estatus social, o cómo influyen y ocurren factores como un estatus de empleo más bajo y un apoyo social limitado, aunque se ha

sugerido que tener menos estatus y autonomía conduce a un mayor estrés y, a su vez, a peores resultados de salud (Marmot, 2004).

Teorías políticas radicales

También se han utilizado teorías radicales de la "economía política de la salud" y las "teorías marxistas del Estado" para explicar por qué se reproducen las desigualdades en salud. La economía política de la salud es una perspectiva radical que ha surgido específicamente para comprender las condiciones que moldean la salud de la población y el desarrollo de los servicios de salud dentro del contexto macroeconómico y político más amplio (Doyle y Pennell, 1979). Esta perspectiva sugiere que la salud de las personas se intercambia por el crecimiento económico (como los "accidentes" mineros y los entornos urbanos insalubres de las "villas miseria") y la carga desigual de enfermedad es el "precio" del crecimiento económico. Esto plantea más preguntas sobre el equilibrio entre promover el crecimiento económico y la salud, y pone de manifiesto quién consume la salud y la convierte en riqueza y para quién (Doyle y Pennell, 1979). Investigadores de salud pública como Philippe Bourgois (1995) también han recurrido a tradiciones marxistas radicales en la investigación social para enfatizar cómo la pobreza, la exclusión social y la discriminación racial pueden influir en los resultados de salud, como el daño relacionado con las drogas y la violencia.

Aunque llaman la atención sobre el papel de los actores políticos en la conformación de las desigualdades en salud, además del papel de los comportamientos y estilos de vida de los individuos en las comunidades de bajos ingresos, las explicaciones políticas a nivel macro no son fuertemente

biológicas, especialmente porque no todas las enfermedades se correlacionan automáticamente con el estatus socioeconómico o siguen simplemente un patrón en el que la pobreza se asocia con un mayor riesgo (por ejemplo, el VIH en África subsahariana era más común entre los grupos más educados y de mayores ingresos al comienzo de la epidemia). Esta evidencia contradice los argumentos de un enfoque general de vulnerabilidad. No obstante, los actores políticos darán forma a las condiciones materiales y sociales, que a su vez influyen en la salud, pero es probable que las diferentes ideologías políticas, acciones y condiciones sociales varíen en el espacio y el tiempo, y en diferentes contextos epidemiológicos. Esto limita el valor explicativo de tales teorías, que son excesivamente deterministas y pasan por alto el papel de la agencia individual, los diferentes entornos de políticas y las complejas vías causales.

Selección natural

Algunos argumentan que las desigualdades en salud se deben a un proceso en el que las personas menos saludables terminan con los ingresos más bajos y en las clases sociales más bajas, un proceso conocido como "selección", que se discutió en el Informe Black (Townsend y Davidson, 1980). Esto puede ser a través de una selección directa, en la que las personas poco saludables terminan en las clases sociales/income groups más bajos específicamente debido a su estado de salud. También puede ser indirectamente debido a rasgos de personalidad y comportamientos asociados con una mala salud, lo que significa que las personas menos saludables terminan en las clases sociales/income groups más bajos, no directamente debido a su estado de salud, sino indirectamente a través de estos rasgos personales o factores de confusión de comportamiento. En esta

teoría, el estatus socioeconómico se considera la variable dependiente (en lugar de independiente) y la salud se le da una mayor importancia causal. Por lo tanto, se argumenta que el sistema de clases actúa esencialmente como un "filtro" para las personas y las clasifica según muchos activos, uno de los cuales es la salud. En este escenario, las personas más saludables se encuentran principalmente en la clase más acomodada, mientras que aquellos que tienen o son más propensos a tener peores resultados de salud "se hunden" hacia grupos inferiores de menor estatus socioeconómico.

La noción de "selección" tiene la ventaja de adoptar una perspectiva de curso de vida y enfatiza la importancia de la salud y el desarrollo tempranos para los resultados sociales, económicos y de salud a largo plazo. Sin embargo, la teoría de la "selección" no puede considerarse una explicación importante para las desigualdades sociales en salud (Manor et al., 2003). En particular, es muy improbable que explique la mayoría de las desigualdades en salud que han surgido y persisten a nivel mundial, ya que rara vez hay suficiente movilidad social, es decir, el movimiento de personas entre grupos de diferente estatus socioeconómico, para explicar las diferencias en el estado de salud entre diferentes poblaciones y grupos sociales. Si acaso, ocurre lo contrario, con jerarquías sociales y económicas que se afianzan cada vez más con el tiempo, por lo que la generación actual de jóvenes a menudo tiene menos movilidad social que nunca antes (OCDE, 2008).

Explicaciones de artefactos

Algunos han sugerido que tanto la salud como el estatus socioeconómico son variables artificiales que han surgido como parte de un intento de medir fenómenos sociales, y que la

relación entre ellos puede ser un artefacto y no tener ninguna significancia causal. Tales explicaciones tienden a señalar que con el tiempo hay menos personas en las clases sociales más pobres y, por lo tanto, esto explica la persistencia de las desigualdades en salud. La teoría argumenta que debido a datos deficientes, es difícil determinar si existe una relación entre la clase social y la salud a lo largo del tiempo. Sin embargo, la investigación ha demostrado consistentemente que otros indicadores de desventaja, como la tenencia de vivienda, el nivel de educación y los ingresos, muestran un patrón similar de desigualdades en salud, lo que sugiere que las desigualdades en salud no son un artefacto (Link y Phelan, 1995). No obstante, medir con precisión la clase social es importante tanto en términos de poder monitorear la existencia de desigualdades en salud como de encontrar formas de reducirlas. Si bien mejorar tales medidas es importante, muy pocas personas aceptan que las deficiencias o errores en la medición de la clase social puedan explicar todas las desigualdades observadas.

Explicaciones materiales

La principal implicación es que se debe hacer mayor hincapié en abordar la pobreza y otros aspectos de la privación material a través de políticas sociales, como transferencias de efectivo redistributivas para aquellos que viven en situación de pobreza relativa y la provisión de viviendas sociales de alta calidad para aquellos que no pueden permitírselo a través del mercado privado.

Explicaciones neomateriales

Una implicación central es que las políticas sociales que promueven una provisión universal de bienestar de alta calidad

pueden reducir las desigualdades en salud, como el "modelo escandinavo". Estas explicaciones también sugieren la importancia de las Evaluaciones de Impacto en Salud (HIA, por sus siglas en inglés) a nivel comunitario o regional para evaluar el impacto de las políticas públicas en la salud.

Explicaciones culturales y conductuales

Pueden ser apropiados varios enfoques y métodos de promoción de la salud para abordar los factores culturales y conductuales que influyen en la mala salud en familias, escuelas y comunidades de menor estatus socioeconómico, como intervenciones de movilización comunitaria que buscan cambiar las normas sociales y la educación en salud dirigida o campañas en los medios de comunicación.

Explicaciones psicosociales

Aquí se implican intervenciones y políticas que buscan promover el capital social y el apoyo social de las personas. Una implicación más amplia es reducir la desigualdad social, ya que una de las consecuencias es un aumento en estos "factores de riesgo" psicosociales. A nivel más cercano, pueden ser apropiadas intervenciones que busquen empoderar a las personas y reducir el estrés en el lugar de trabajo.

Teorías políticas radicales

La implicación central de estas teorías es adoptar enfoques más radicales, lo que potencialmente implicaría cambiar las estructuras políticas y económicas. En el extremo, esto podría implicar la abolición del capitalismo, pero de manera más factible podría implicar reformas en los sistemas de votación, una democracia más directa e intervenciones "estructurales"

que aborden las desventajas materiales arraigadas, como mayores transferencias de efectivo para aquellos que viven en la pobreza.

Selección natural

Las intervenciones para promover la salud de los niños y jóvenes y reducir la ausencia escolar a una edad temprana pueden ser relevantes, al igual que la legislación antidiscriminatoria para garantizar que las personas con condiciones de salud crónicas y discapacidades puedan encontrar empleo y recibir apoyo en el trabajo y la comunidad. Sin embargo, estas medidas por sí solas probablemente tengan poco efecto en la movilidad social.

Explicaciones de artefactos

No hay implicaciones prácticas para la intervención, ya que estas explicaciones se basan en la premisa de que no hay una relación real entre el estatus socioeconómico y los resultados de salud, aunque pocas personas aceptan esto.

En resumen, las desigualdades en salud persisten a nivel mundial, tanto entre países como dentro de ellos. El estatus socioeconómico, el género y la etnia son los principales ejes de desigualdad en salud dentro de los países. Estos no están determinados biológicamente ni son cuestión de azar, sino que se moldean de manera compleja por las acciones de individuos y sus familias y amigos, escuelas y comunidades, y gobiernos y formuladores de políticas. Ha surgido una amplia gama de explicaciones y se resumen en este capítulo. Varias de estas explicaciones son particularmente importantes para comprender cómo ocurren y persisten las desigualdades en salud, como aquellas centradas en las circunstancias materiales

y neomateriales, los factores culturales y conductuales, y los conceptos psicosociales. Estas deberían ser el enfoque de intervenciones coordinadas de promoción de la salud en etapas clave del curso de vida. La acción para reducir las desigualdades en salud implica tomar un enfoque holístico, que vaya más allá del sector de la salud y aborde estos factores a través de políticas públicas utilizando una variedad de métodos y enfoques de promoción de la salud. También es necesario teorizar más completamente cómo se reducirán las desigualdades en salud.

Referencias

Annandale, E. (1998) Health, illness and the politics of gender, in D. Field and S. Taylor (eds.) Sociological Perspectives on Health, Illness and Health Care. Oxford: Blackwell Science.

Bartley, M. (2003) Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods. Cambridge: Polity Press.

Bourgois, P. (1995) In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio. New York: Cambridge University Press.

Bradby, H. and Nazroo, J. (2010) Health, ethnicity and race, in W. Cockerham (ed.) The New Blackwell Companion to Medical Sociology. Oxford: Wiley- Blackwell.

Bungay, H. (2005) Cancer and health policy: the postcode lottery of care, Social Policy and Administration, 39: 35–48.

Chokshi, D.A. and Farley, T.A. (2012) The cost- effectiveness of environmental approaches to disease prevention, New England Journal of Medicine, 367: 295–7.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008) Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

Department of Health (DoH) (2003) Tackling Health Inequalities: A Programme for Action. London: The Stationery Offi ce.

Department of Health (DoH) (2010) Healthy Lives, Healthy People: Our Strategy for Public Health in England. London: The Stationery Offi ce.

Doyle, L. and Pennell, I. (1979) The Political Economy of Health. London: Pluto Press.

Engels, F. (1845/1987) The Condition of the Working Class in England. Harmondsworth: Penguin.

Goodman, A., Patel, V. and Leon, D. (2008) Child mental health differences amongst ethnic groups in Britain: a systematic review, BMC Public Health, 8: 258.

Graham, H. (2000) Socio-e conomic change and inequalities in men and women's health in the UK, in E.

Annandale and K. Hunt (eds.) Gender Inequalities in Health. Buckingham: Open University.

Graham, H. (2007) Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities. Maidenhead: Open University Press.

Graham, W.J., Fitzmaurice, A.E., Bell, J.S. and Cairns, J.A. (2004) The familial technique for linking maternal death with poverty, Lancet, 363: 23–7.

Hargreaves, J., Bonell, C., Boler, T., Boccia, D., Birdthistle, I., Fletcher, A. et al. (2008) Systematic review exploring time-trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub- Saharan Africa, AIDS, 22: 403–14.

Link, B. and Phelan, J. (1995) Social conditions as fundamental causes of disease, Journal of Health and Social Behaviour, 35: 80–94.

Lynch, J.W., Smith, G.D., Kaplan, G.A. and House, J.S. (2000) Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions, British Medical Journal, 320: 1200–4.

Mackenbach, J. (2005) Health Inequalities: Europe in Profi le. Rotterdam: Erasmus MC University Medical Centre.

Manor, O., Matthews, S. and Power, C. (2003) Health selection: the role of inter- and intra-g enerational mobility on social inequalities in health, Social Science and Medicine, 57: 2217–27.

Marmot, M. (2004) Status Syndrome: How Our Position on the Social Gradient Affects Longevity and Health. London: Bloomsbury.

Marmot, M. (2010) Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010. London: Marmot Review. Available at: www.marmotreview.org [accessed 16 November 2012].

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2008) Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. Paris: OECD.

Popay, J. and Williams, G. (2009) Equalizing the people's health: a sociological perspective, in J. Gabe and M. Calnan (eds.) The New Sociology of the Health Service. London: Routledge.

Popay, J., Bennett, S., Thomas, C., Williams, G., Gatrell, A. and Bostock, L. (2003) Beyond 'beer, fags, egg and chips'? Exploring lay understandings of social inequalities in health, Sociology of Health and Illness, 25: 1–23.

Scottish Government (2008) Equally Well: Report of the Ministerial Task Force on Health Inequalities. Edinburgh: Scottish Government.

Scrambler, G. (2011) Health inequalities, Sociology of Health and Illness, 34: 130–46.

Secretary of State for Health (1999) Saving Lives: Our Healthier Nation. London: The Stationery Offi ce.

Shaw, M., Dorling, D., Gordon, D. and Davey-S mith, G. (1999) The Widening Gap: Health Inequalities and Policies in Britain. Bristol: Policy Press.

Townsend, P. and Davidson, N. (eds.) (1980) Inequalities in Health: The Black Report. Harmondsworth: Penguin. Tudor Hart, J. (1971) The inverse care law, Lancet, 297: 405–12.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2007) Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-b eing in Rich Countries. Innocenti Report Card 7. Florence: UNICEF.

US Department of Health and Human Services (USDHHS) (2000) Healthy People 2000. Washington, DC:

USDHHS.

Watts, C.H., Foss, A.M., Hossain, M., Zimmerman, C., von Simson, R. and Klot, J. (2010) Sexual violence and confl ict in Africa: prevalence and potential impact on HIV incidence, Sexually Transmitted Infections, 86: 93–9.

White, M., Adams, J. and Heywood, P. (2009) How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations?, in S.J. Babones (ed.) Social Inequality and Public Health. Bristol: Policy Press.

Wilkinson, R. (1996) Unhealthy Societies: The Affl ictions of Inequality. London: Routledge.

Wilkinson, R. and Pickett, K. (2009) The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better. London: Penguin.

World Health Organization (WHO) (1999) Health21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Offi ce for Europe.

World Health Organization (WHO) (2007) Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO) (2010) How Health Systems Can Address Health Inequities Linked to Migration and Ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Offi ce for Europe.

Lecturas adicionales

Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008) Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

Wilkinson, R. and Marmot, M. (2003) Social Determinants of Health: The Solid Facts. Copenhagen: WHO.

Wilkinson, R. and Pickett, K. (2007) The problems of relative deprivation: why some societies do better than others, Social Science and Medicine, 65(9): 1965–78.

9. La hipótesis de la Rosa: ventajas de la población completa sobre enfoques dirigidos - Adam Fletcher, Liza Cragg y Anis Kazi.

Resumen

Este capítulo presenta la hipótesis de la Rosa y describe tanto los enfoques de población completa como los enfoques dirigidos. Geoffrey Rose argumentó que el riesgo de enfermedad en una población generalmente se distribuye de manera "normal" (Rose, 1981). Si este es el caso, habrá más casos de una enfermedad entre el gran número de personas con bajo o mediano riesgo que entre el relativamente pequeño número de personas consideradas de "alto riesgo", lo que a su vez tiene implicaciones para cómo diseñamos intervenciones para mejorar la salud a nivel poblacional. En particular, Rose destaca la limitación de dirigirse únicamente a grupos de alto riesgo y sugiere que la promoción de la salud debería centrarse más en cambiar el nivel de riesgo para toda la población. Esto se conoce como la "hipótesis de la Rosa". Este capítulo también considera algunos de los otros beneficios, así como las desventajas, de ambos enfoques, incluyendo la "paradoja de la prevención", que está asociada con los enfoques a nivel poblacional.

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, podrás:

• describir la hipótesis de la Rosa y sus implicaciones para la promoción de la salud

• considerar las implicaciones de cambiar la distribución del riesgo para poblaciones enteras y proporcionar ejemplos de políticas e intervenciones de salud pública que adopten este enfoque

• comprender la diferencia entre intervenciones dirigidas a la población completa y las dirigidas

• discutir críticamente los desafíos prácticos, éticos y políticos de las estrategias dirigidas a la población completa que buscan reducir la exposición al riesgo.

Términos clave

Efecto iatrogénico: Un efecto perjudicial no intencionado de una intervención o política.

Paradoja de la prevención: La situación paradójica en la que una medida preventiva que beneficia significativamente a toda la población ofrece poco beneficio a cada individuo.

Hipótesis de Rose: Proposición de Geoffrey Rose de que, debido a que el riesgo se distribuye normalmente en un continuo, las estrategias de prevención centradas en toda la población son más efectivas que aquellas centradas en grupos e individuos de alto riesgo.

Enfoque dirigido: Una estrategia o intervención de promoción de la salud dirigida a individuos o grupos identificados como de mayor riesgo de enfermedad, lesiones u otros resultados adversos para la salud.

Enfoque de toda la población: Una estrategia o intervención de promoción de la salud dirigida a toda la población en cuestión, en lugar de enfocarse específicamente en individuos

o grupos de alto riesgo. También conocido como enfoque "universal" o a nivel de población.

La distribución del riesgo

Comprender cómo se distribuye el riesgo de enfermedad en la población es esencial para diseñar estrategias efectivas de promoción de la salud. Geoffrey Rose (1981) examinó importantes problemas de salud pública, como las enfermedades cardiovasculares, y encontró que el riesgo generalmente se distribuye de manera normal. Esto significa que la distribución del riesgo de enfermedad y mortalidad tiende a seguir un continuo en el que una pequeña proporción de personas tiene un alto riesgo en el extremo. En consecuencia, la gran mayoría de la población considerada de bajo a medio riesgo contribuye a más "casos" de enfermedad en general que el número relativamente pequeño que tiene un alto riesgo. La Figura 9.1 ilustra esta distribución normal del riesgo.

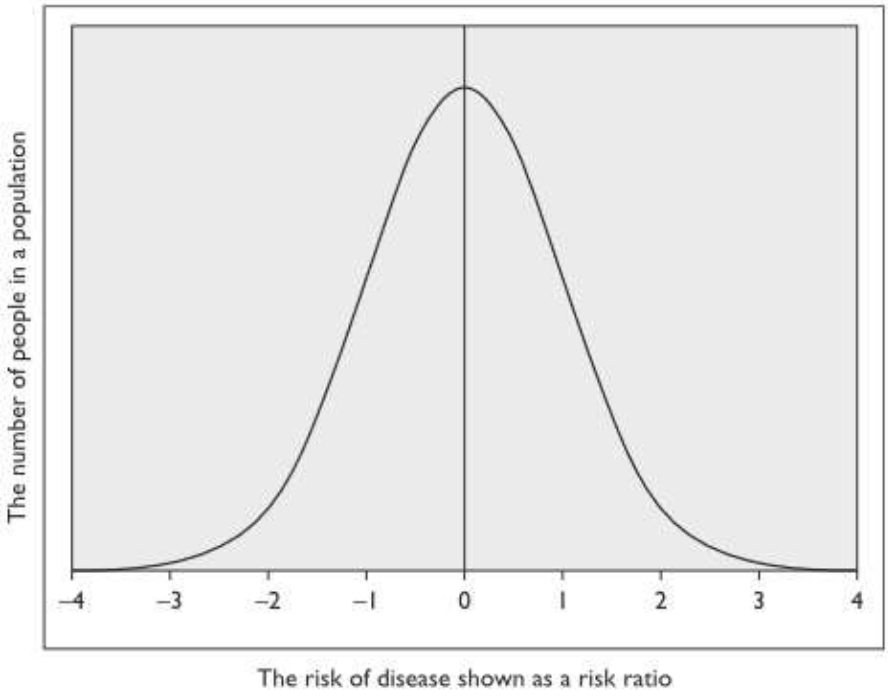


Figura 9.1 Distribución normal del riesgo. Reproducido con permiso de Txt4Baby.

La hipótesis de Rose

Como resultado de esta distribución de riesgo "normal", Geoffrey Rose (1985) propuso que las estrategias que buscan reducir el riesgo en su totalidad dentro de "poblaciones enfermas", en lugar de dirigirse a una pequeña proporción de individuos de alto riesgo, serán más efectivas para mejorar la salud a nivel de población. El objetivo de este enfoque de toda la población, también conocido en políticas sociales como enfoque universal, es cambiar la distribución completa del riesgo a nivel de población, en lugar de hacer que aquellos que

se encuentran por encima de un umbral de riesgo determinado, por lo general arbitrario, lo superen.

Se discuten a continuación los enfoques dirigidos, sus limitaciones para mejorar la salud a nivel de población y otros problemas asociados con la focalización, incluidos los desafíos prácticos de identificar grupos de alto riesgo y el potencial de estigmatización. Esto es seguido por una explicación más detallada de las ventajas de los enfoques de toda la población en comparación con la focalización, basándose en los ejemplos utilizados por Geoffrey Rose y otros para ilustrar esto. Finalmente, se esboza la "paradoja de la prevención" y otras limitaciones del "enfoque de población" para discutir críticamente las fortalezas y limitaciones de la estrategia de promoción de la salud defendida por Rose.

El enfoque dirigido y sus limitaciones

Un enfoque dirigido parte del supuesto de que, debido a que algunos individuos y grupos tienen un mayor riesgo de sufrir daños en la salud debido a enfermedades o lesiones, necesitan intervenciones especialmente dirigidas. Estos individuos y grupos pueden considerarse de mayor riesgo debido a la edad, género, estatus socioeconómico, discapacidad, sexualidad, factores genéticos o diversos factores de estilo de vida, como la dieta, el tabaquismo, el nivel de consumo de alcohol y el ejercicio.

La ventaja de dirigirse a ciertos individuos y grupos considerados de alto riesgo es que la intervención es muy apropiada en ese momento para el individuo en cuestión. Esto significa que es más probable que el individuo esté motivado para participar en una intervención propuesta. Por ejemplo, es más probable que un individuo diagnosticado como obeso y con

colesterol alto, y por lo tanto con un mayor riesgo de enfermedad coronaria, responda a una intervención de cambio de comportamiento relacionada con la dieta y el ejercicio que alguien que no tiene factores de riesgo similares y tiene un riesgo relativamente bajo. Un enfoque dirigido también permite que los profesionales de la salud se sientan seguros de que se ha brindado asesoramiento adaptado a su diagnóstico al paciente en cuestión. Por lo tanto, este enfoque parece ofrecer la oportunidad de utilizar eficazmente recursos limitados, ya que se enfoca en pacientes identificados como de alto riesgo.

Sin embargo, basándose en su análisis de la distribución del riesgo cardiovascular y los determinantes de otros importantes problemas de salud pública, Rose concluyó:

> "La estrategia preventiva que se concentra en individuos de alto riesgo puede ser apropiada para esos individuos, además de ser un uso inteligente y eficiente de los recursos médicos limitados; pero su capacidad para reducir la carga de enfermedad en toda la comunidad tiende a ser decepcionantemente pequeña. Potencialmente mucho más efectiva, y en última instancia la única respuesta aceptable, es la estrategia masiva, cuyo objetivo es cambiar la distribución de la variable de riesgo en toda la población"
>
> (Rose, 1981: 1851).

Sin tal "estrategia masiva", los promotores de la salud pasan por alto a la mayoría de la población que sufrirá los resultados adversos para la salud que están tratando de prevenir. Además, existen varias desventajas adicionales de los enfoques que solo se centran en individuos o grupos de alto riesgo, las cuales han sido discutidas por Geoffrey Rose (1985) y otros (por ejemplo, Bonell y Fletcher, 2008), y se resumen a continuación.

En primer lugar, a menudo es difícil definir los límites de un grupo de "alto riesgo" e identificar prácticamente a dichos individuos. Además, el comportamiento, el estilo de vida y la pertenencia a grupos sociales de un individuo son dinámicos, y pueden cambiar a lo largo de su vida, lo que significa que el "riesgo" no se puede categorizar ni monitorear con precisión a medida que las personas pasan de ser de alto a medio o bajo riesgo. Además, es un desafío garantizar que las intervenciones y servicios de promoción de la salud lleguen a los individuos y grupos de alto riesgo, ya que a menudo son las personas más difíciles de alcanzar. Al mismo tiempo, tampoco siempre es posible excluir a otros que no se definen específicamente como "en riesgo" de utilizar estos servicios. Además, identificar a algunos individuos y grupos como de alto riesgo de manera ad hoc a través de campañas de salud pública de alto perfil puede hacer que aquellos que no son identificados crean que no enfrentan ningún riesgo en absoluto, lo que los lleva a ignorar los consejos generales de promoción de la salud.

En segundo lugar, centrarse únicamente en aquellos definidos como de alto riesgo también tiende a ignorar los factores sociales, económicos y ambientales, a menudo llamados "determinantes sociales", que influyen en la salud y las desigualdades en la salud. Estos determinantes sociales de la salud se discuten en el Capítulo 7 de este libro. La focalización en individuos de alto riesgo ignora en gran medida hasta qué punto las actitudes y comportamientos de los individuos también están influenciados por normas más amplias de la sociedad, la comunidad y el grupo de pares. En consecuencia, las intervenciones dirigidas a grupos pequeños de alto riesgo han sido criticadas como "paliativas" y "temporales" (Rose, 1985).

Finalmente, las intervenciones que se dirigen específicamente a individuos considerados de alto riesgo pueden tener efectos negativos y perjudiciales, ya que estigmatizan a dichos grupos al "etiquetarlos" y/o agrupar conjuntamente a grupos e individuos "riesgosos" (Bonell y Fletcher, 2008). Estos efectos perjudiciales no intencionados se conocen como efectos iatrogénicos en los campos de la medicina y la salud pública.

Actividad 9.1

En esta actividad, considerarás intervenciones dirigidas a individuos de alto riesgo. Piensa en un ejemplo de una estrategia o intervención en tu propio país que busque abordar un problema al dirigirse a individuos o grupos de alto riesgo. ¿Qué trata de lograr la intervención? ¿A quiénes está dirigida y cómo busca llegar a este grupo? ¿Cuáles podrían ser las dificultades? ¿Por qué se utiliza un enfoque dirigido para este problema?

Retroalimentación

Es posible que hayas considerado intervenciones y estrategias que incluyen:

- Intervenciones para reducir los embarazos en adolescentes y/o las infecciones de transmisión sexual entre mujeres jóvenes consideradas de "alto riesgo". Pueden ser dirigidas a través del trabajo juvenil de divulgación o a través de las escuelas. Los problemas pueden incluir la identificación de quiénes están en riesgo y los efectos estigmatizantes de la participación.
- Intervenciones para reducir el consumo de alcohol entre personas con problemas de alcoholismo. Podrían ser dirigidas a través de servicios de médicos de cabecera y

hospitales o a través del sistema de justicia penal. Los problemas incluyen cómo identificar quién es un bebedor problemático y llegar a aquellos que no acuden a otros servicios. Además, la gran mayoría de los daños relacionados con el alcohol a nivel de población también se perderían con enfoques como estos.

- Intervenciones para fomentar que las personas con obesidad pierdan peso. Estas personas podrían ser el objetivo a través de servicios de médicos de cabecera y hospitales. Como se mencionó anteriormente, los problemas incluyen llegar a aquellos que no acuden a otros servicios e ignorar los problemas y normas más amplias de la sociedad con respecto al peso corporal.
- Intervenciones para reducir el daño relacionado con las drogas entre los jóvenes. Individuos de alto riesgo podrían ser el objetivo a través de servicios de salud, incluidos tratamientos de drogas y centros de reducción de daños, o a través de los tribunales. Sin embargo, es probable que esto tenga poco efecto en el daño relacionado con las drogas a nivel de población y podría estigmatizar aún más a los grupos objetivo.

Generalmente, se utiliza un enfoque dirigido porque se considera que pequeños grupos tienen un riesgo mucho mayor que la población en general de experimentar un problema de salud en particular. Puede ser una opción de intervención de bajo costo en comparación con los enfoques a nivel de población y puede permitir que los políticos y otros responsables de la formulación de políticas sean vistos como haciendo algo frente a las preocupaciones públicas (Fletcher et al., 2012).

El enfoque de toda la población o universal

Debido a las limitaciones de dirigirse a individuos y grupos de alto riesgo para promover la salud de una "población enferma", Geoffrey Rose propuso en su lugar que las actividades de prevención se enfoquen en toda la población, independientemente de la variación en el estado de riesgo de los individuos. Argumentó que prevenir enfermedades tratando de cambiar la distribución a nivel de población de un factor de riesgo es más eficiente que centrar las intervenciones únicamente en personas de alto riesgo (Rose, 1985). Por ejemplo, el Estudio Framingham encontró que reducir la presión arterial en un 10% en toda la población causó una reducción del 30% en la mortalidad atribuible total (Stokes et al., 1989). Tomando como ejemplo la diabetes, no existe un umbral entre los estados normales e hiperglucémicos, sino más bien un aumento en el riesgo de neuropatía o retinopatía (daño al sistema nervioso o deterioro de la visión) cuando hay niveles descontrolados de glucosa en el cuerpo durante un largo período de tiempo. Los beneficios de tratar esto con medicamentos dependerán del equilibrio entre los efectos secundarios y los beneficios terapéuticos. En principio, disminuir los niveles de glucosa en toda una población resultaría en una disminución mayor en el número de casos y la prevalencia de la enfermedad resultante que enfocarse en un pequeño número de personas con niveles muy altos de glucosa en sangre. Otros ejemplos de abordar a toda la población son los programas genéricos de detección masiva y de vacunación.

El enfoque de toda la población se centra en lograr un cambio en las causas subyacentes que hacen que la enfermedad en cuestión sea común en esa población. Esto se puede lograr a través de acciones en dos niveles amplios. Primero, acciones

sobre los determinantes sociales de la salud, incluyendo el enfoque en factores de riesgo más "agudos", por ejemplo, mediante la provisión de nuevos servicios públicos, legislación para prohibir el tabaquismo y políticas de transporte saludables. Y segundo, acciones para cambiar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de los individuos, a veces denominados factores de riesgo más "inmediatos" (o "próximos"), por ejemplo, a través de la educación masiva de salud pública.

El paradigma de la prevención

Geoffrey Rose (1985) identificó que uno de los principales desafíos de los enfoques universales, que asumen que toda la población está "enferma", es que las intervenciones preventivas que benefician a toda la población pueden tener un efecto muy pequeño en la mayoría de los individuos o en su riesgo de enfermedad. Esto es lo que él llama el "paradigma de la prevención". En consecuencia, esos individuos pueden no considerar que algunas intervenciones universales sean valiosas. Los individuos generalmente están más motivados por sus percepciones personales de beneficio o riesgo que por las de la población en general, y por lo tanto es menos probable que participen en intervenciones que consideren de poca relevancia personal. Esto puede llevar a una baja participación y adherencia inconsistente a las intervenciones dirigidas a toda la población. Ejemplos de esto incluyen algunos programas de detección de salud y vacunación, y el uso de cascos para ciclistas. Como lo expresó Rose:

> La estrategia de prevención de la población también tiene algunas desventajas significativas. Solo ofrece un pequeño beneficio a cada individuo, ya que la mayoría de ellos iban a estar bien de todos modos, al menos durante muchos años.

> Esto conduce al paradigma de la prevención: 'Una medida preventiva que brinda mucho beneficio a la población ofrece poco a cada individuo participante'. Esta ha sido la historia de la salud pública: la inmunización, el uso de cinturones de seguridad y ahora el intento de cambiar varias características del estilo de vida. De enorme importancia potencial para la población en su conjunto, estas medidas ofrecen muy poco, especialmente a corto plazo, a cada individuo; y por lo tanto, hay poca motivación por parte del sujeto.
>
> (Rose, 1985: 38)

Esta falta de motivación a veces se refuerza con cinismo público y epidemiología popular. Por ejemplo, las personas individuales y diferentes comunidades pueden tener sus propias percepciones sobre los efectos del tabaquismo, el consumo de alcohol y el consumo de alimentos altos en grasas, lo cual refuerza aún más su desvinculación de las estrategias dirigidas a toda la población (Popay et al., 2003). Algunos comentaristas también han sugerido que el paradigma de la prevención se ve exacerbado por los mensajes simplificados sobre riesgo y efectos adversos que utilizan muchas iniciativas de salud a nivel de población. La falta de reconocimiento directo del paradigma de la prevención en el material de educación y promoción de la salud puede llevar, en el mejor de los casos, a una mayor desconfianza entre el público en general sobre los mensajes contenidos, y en el peor de los casos, a su rechazo total (Davison et al., 1991).

Otras limitaciones de los enfoques universales

La hipótesis de Rose se basa en la suposición subyacente de que el riesgo se distribuye normalmente. No se cumple cuando el riesgo no se distribuye normalmente. Un ejemplo de esto es el comportamiento de riesgo relacionado con el VIH/SIDA, que

tiende a concentrarse en grupos de alto riesgo en muchos países de altos ingresos, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas que se inyectan drogas. Donde el riesgo no se distribuye normalmente, sino que está altamente concentrado en ciertos grupos vulnerables, se requieren intervenciones específicas.

También hay situaciones en las que el enfoque de toda la población para la prevención pone en riesgo la salud de algunos individuos, porque un cambio de comportamiento que es apropiado para la mayoría de la población no es apropiado para la minoría (Adams y White, 2005). Por ejemplo, se ha sugerido que una pequeña cantidad de alcohol (vino tinto) tiene beneficios protectores. En consecuencia, una reducción a nivel de población en la cantidad de alcohol consumida podría aumentar el riesgo para aquellas personas que obtienen más beneficios que riesgos del consumo a niveles bajos. Otro ejemplo se refiere al peso corporal; las reducciones a nivel de población en el peso corporal probablemente sean perjudiciales para aquellas personas en una población que ya tienen un índice de masa corporal muy bajo. En estos escenarios, la distribución del riesgo en la población muestra lo que se llama una "curva en forma de J" (Adams y White, 2005).

También hay casos en los que un enfoque de población puede exponer a muchas personas a un pequeño riesgo. En estos casos, el daño que podría causar puede superar los beneficios, si estos beneficios son relativamente menores. El caso del "escándalo de la triple vacuna MMR" en 1998 en el Reino Unido, donde se consideró que se encontraba una asociación entre la vacunación ofrecida a todos los lactantes como protección contra las paperas, el sarampión y la rubéola y el daño cerebral, es un ejemplo de cuando la "relación de beneficio-riesgo"

percibida se volvió cada vez más preocupante para los individuos y limitó el alcance de un enfoque a nivel de población hasta que se demostró que la asociación era falsa (McIntyre y Leask, 2008).

El enfoque de toda la población también ha sido criticado por potencialmente exacerbarelas desigualdades en salud, porque no aborda los mecanismos subyacentes que conducen a diferentes distribuciones de riesgo en diferentes grupos sociales y al hecho de que los factores de riesgo se concentran entre las poblaciones vulnerables y desfavorecidas a lo largo de la vida. Esto significa que los grupos vulnerables son "los menos capaces de responder positivamente a las intervenciones a nivel de población" (Frohlich y Potvin, 2008: 219). Además, si los grupos vulnerables que experimentan mayores niveles de riesgo no participan en intervenciones que modifican la distribución de un factor de riesgo en una población en su conjunto, estas intervenciones pueden mantener las desigualdades presentes en la sociedad, o incluso ampliar la brecha. Un ejemplo son las intervenciones educativas y otras campañas contra el tabaquismo en el lugar de trabajo (Lorenc et al., 2013). Sin embargo, es posible cambiar la distribución del riesgo a nivel de población y al mismo tiempo reducir la diferencia entre los más ricos y los más pobres en una sociedad (Lorenc et al., 2013).

El enfoque de toda la población también ha sido cuestionado por carecer de una base teórica clara y evidencia de apoyo. Se ha sugerido que surge de un error interpretativo conocido como "falacia ecológica", donde se hacen inferencias sobre los individuos basándose en datos agregados para un grupo. Como lo expresó Charlton (1995: 609), "el enfoque de población intenta prescindir de la comprensión científica de los procesos

causales y basar la prevención en un proceso de observación y manipulación 'libre de teoría' (caja negra)".

Implicaciones para la promoción de la salud

Las limitaciones de dirigirse a individuos y grupos considerados de alto riesgo, descritas anteriormente, pueden considerarse como un argumento sólido a favor de un enfoque de toda la población para la promoción de la salud, también conocido como enfoque universal. Este enfoque tiene como objetivo reducir los niveles de riesgo en la población en su conjunto para reducir la incidencia de enfermedades y mejorar la salud. Esto respalda el uso de intervenciones sociales complejas y políticas públicas que aborden los determinantes sociales que influyen en la distribución del riesgo en una población. Estas políticas pueden incluir la regeneración de vecindarios, políticas de transporte activo, medidas para aumentar la redistribución de ingresos y la provisión y expansión de educación universal y otros servicios públicos (Fletcher, 2013).

Además de abordar estos factores de upstream, los enfoques de toda la población y universales también pueden abordar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos relacionados con la salud de los individuos a través de intervenciones masivas dirigidas a todos en un país o región. Estos factores a nivel individual, como el conocimiento y las actitudes, se denominan factores de riesgo de downstream. Las intervenciones para abordarlos incluyen programas masivos de educación en salud y campañas mediáticas. Además, la Organización Mundial de la Salud aboga por la mejora global de la salud de los adolescentes a través de una mayor intervención en las escuelas. Esto no solo se debe a que las escuelas son entornos bien equipados y porque los niños y jóvenes asisten a

la escuela durante un período crítico en el que los comportamientos clave de riesgo para la salud aumentan notablemente (Viner et al., 2012), sino también porque las escuelas brindan acceso a la gran mayoría de los niños y jóvenes. En consecuencia, las intervenciones efectivas de mejora de la salud basadas en la escuela tienen el potencial de producir mejoras significativas en la salud a nivel de población.

Actividad 9.2

En esta actividad, reflexionarás sobre intervenciones y estrategias que utilizan un enfoque de toda la población o universal. Piensa en un ejemplo de una estrategia o intervención en tu propio país que busque abordar un problema a través de un enfoque universal. ¿Qué factores de upstream y downstream aborda?

Retroalimentación

Podrías haber considerado intervenciones y estrategias que incluyen:

- Estrategias para reducir el tabaquismo. Los factores de upstream incluyen legislación que prohíbe fumar en lugares públicos y el aumento del costo del tabaco. Los factores de downstream incluyen campañas mediáticas sobre los peligros del tabaquismo y servicios de cesación tabáquica.

- Estrategias para aumentar la práctica de ejercicio físico. Los factores de upstream incluyen políticas de transporte activo, como caminar y andar en bicicleta, y la provisión de nuevas instalaciones deportivas universales y asequibles. Los factores de downstream incluyen campañas mediáticas e intervenciones

a nivel comunitario que buscan cambiar el conocimiento, las actitudes y las normas para promover el ejercicio físico.

- Estrategias para mejorar la alimentación. Los factores de upstream incluyen legislación sobre etiquetado de alimentos saludables y regulaciones sobre la producción de alimentos. Las políticas de downstream incluyen campañas mediáticas y de marketing social, como la campaña "Cinco al día" utilizada en el Reino Unido y otros países europeos para aumentar el consumo de frutas y verduras.

- Campañas de salud sexual y VIH. Los factores sociales y estructurales de upstream pueden incluir la desigualdad de género dirigida a través de programas de salud y empoderamiento. La distribución masiva de condones y la educación sexual en las escuelas son enfoques de downstream que abordan factores de riesgo más "próximos" que también existen a nivel de población.

Sin embargo, también existen limitaciones para un enfoque de toda la población, especialmente porque la motivación individual puede reducirse debido a la "paradoja de la prevención". El marketing social es un enfoque que se puede utilizar para ayudar a promover los beneficios de la participación de toda la población y evitar el cinismo público. La legislación también puede cambiar el comportamiento cuando la motivación individual es limitada. Ejemplos de esto incluyen la legislación que hace obligatorio el uso del cinturón de seguridad en los automóviles y la prohibición de fumar en lugares públicos. Sin embargo, puede haber cuestiones éticas involucradas en dicha legislación. Además, la percepción pública de que el estado está restringiendo el comportamiento individual a menudo hace que dicha legislación sea impopular y puede hacer que los

gobiernos sean reacios a emplear políticas obligatorias de cambio de comportamiento.

Los métodos y enfoques de promoción de la salud deben tener en cuenta la evidencia disponible sobre la distribución del riesgo. En algunos casos, el riesgo puede no distribuirse en un continuo normal y/o los enfoques de población podrían tener efectos negativos en algunos individuos. El diseño de las intervenciones también debe tener en cuenta la evidencia de causalidad y ser consciente del peligr de la falacia ecológica. Por último, las intervenciones de promoción de la salud deben diseñarse teniendo en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables para asegurar que no se incrementen las desigualdades en salud. Por ejemplo, Frohlich y Potvin (2008) proponen que se complemente un enfoque de población con un enfoque en las poblaciones vulnerables.

Actividad 9.3

En esta actividad, considerarás las posibles limitaciones de un enfoque de toda la población o universal. Vuelve a tu respuesta en la Actividad 9.2. ¿Cuáles son las limitaciones potenciales de las intervenciones y estrategias que consideraste? ¿Cómo se podrían ajustar para abordar estas limitaciones?

Retroalimentación

Es posible que hayas considerado limitaciones y ajustes que incluyen:

- Las estrategias universales para reducir el tabaquismo deben tener en cuenta que algunos grupos vulnerables tienen más probabilidades de fumar y menos probabilidades de dejar de fumar que la población en general. Si las tasas de tabaquismo

en la población en general disminuyen a un ritmo más rápido que entre los grupos vulnerables, esto conducirá a un aumento en las desigualdades en salud. En consecuencia, si esto se considera social o políticamente indeseable, dichas estrategias deben abordar los factores que contribuyen a que los grupos vulnerables fumen, como bajos ingresos, estrés y aislamiento.

- De manera similar, las estrategias universales para aumentar la práctica de ejercicio físico deben tener en cuenta el acceso desigual de algunas poblaciones. Por ejemplo, los grupos de bajos ingresos suelen vivir en áreas con peor acceso a instalaciones deportivas y espacios verdes. Las políticas de planificación y transporte deben tener esto en cuenta, por ejemplo, proporcionando áreas seguras para caminar y andar en bicicleta y programas de alquiler de bicicletas en áreas desfavorecidas. Es posible que sea necesario subsidiar las instalaciones deportivas para garantizar que los grupos de bajos ingresos puedan acceder a ellas.

- Las estrategias para fomentar una alimentación saludable deben reflejar que las opciones de alimentos saludables pueden ser más caras y que, en algunas áreas desfavorecidas, hay opciones limitadas para comprar estos alimentos saludables.

- Las campañas de salud sexual y VIH pueden reproducir desigualdades en salud si no abordan problemas subyacentes como la pobreza y las tasas más altas de abandono escolar entre las mujeres jóvenes de comunidades de bajos ingresos. En África subsahariana, se han utilizado iniciativas de microfinanzas y transferencias condicionales de efectivo junto con programas de educación masiva para abordar este problema.

Box 9.1 Estudio de caso: Embarazo adolescente en el Reino Unido

La evidencia ha demostrado que el embarazo adolescente se asocia con resultados sociales y de salud adversos (Ermisch, 2003), incluso después de ajustar por problemas sociales, económicos y de salud preexistentes (Berrington et al., 2005). Dado que las tasas de natalidad en la adolescencia en el Reino Unido fueron identificadas como las más altas de Europa occidental (UNICEF, 2007), reducir estas tasas a través de una estrategia efectiva de prevención del embarazo en la adolescencia fue identificado por el Gobierno británico como una prioridad para "romper el ciclo" de exclusión social y problemas de salud en comunidades de bajos ingresos (Social Exclusion Unit, 1999). Se establecieron objetivos nacionales a nivel de población para reducir el embarazo en la adolescencia en la primera Estrategia de Embarazo en la Adolescencia lanzada en 1999 por la Unidad de Exclusión Social (Social Exclusion Unit, 1999).

En 2006, el Departamento de Educación y Escuelas del Reino Unido (DfES) actualizó la estrategia de embarazo en la adolescencia. La estrategia actualizada aumentó aún más el énfasis en el trabajo dirigido, identificando "factores de riesgo clave" como bajas aspiraciones y antecedentes parentales (DfES, 2006). Uno de los programas utilizados como parte de este enfoque dirigido fue el Programa de Desarrollo de Jóvenes (YPDP, por sus siglas en inglés). Este programa identificaba a jóvenes de 13 a 15 años considerados por profesores u otros profesionales de atención como "en riesgo" de concepción en la adolescencia, abuso de sustancias y/o exclusión escolar. El programa tenía como objetivo reducir el embarazo en la adolescencia a través de una intervención intensiva de trabajo juvenil centrada en el "desarrollo personal" en general. Los componentes de la intervención incluían educación, oportunidades de formación/empleo, habilidades para la vida, mentoría, voluntariado, educación para la salud (particularmente salud sexual y abuso de sustancias), arte, deporte y

asesoramiento para acceder a servicios (como planificación familiar). Sin embargo, las intervenciones dirigidas pueden perjudicar aún más a los jóvenes vulnerables al etiquetarlos como de alto riesgo y/o a través de los efectos iatrogénicos de las redes sociales asociados con programas que los agrupan durante largos períodos de tiempo. Cuando se hizo seguimiento dos años después, las jóvenes en el programa YPDP informaron con más frecuencia un embarazo en la adolescencia que las jóvenes en un grupo de comparación (Wiggins et al., 2009).

Además, un estudio reciente que utilizó datos de cohortes de nacimientos en el Reino Unido examinó la distribución de riesgo para la maternidad en la adolescencia y dónde se producen los resultados de maternidad en la adolescencia en esta distribución (Kneale et al., 2013). Como predice la hipótesis de Rose, los principales factores de "riesgo" asociados con el embarazo en la adolescencia están distribuidos normalmente, por lo que es probable que los enfoques dirigidos no aborden la gran mayoría de los "casos" que el gobierno intentaba reducir en términos de sus objetivos a nivel de población.

Otros estudios sugieren cómo los enfoques de toda la población (por ejemplo, programas implementados universalmente en entornos escolares) pueden ser efectivos para reducir el embarazo en la adolescencia y se deben utilizar en lugar de estos enfoques dirigidos. Estos incluyen intervenciones para promover el desarrollo personal, la autoestima y las aspiraciones positivas de los adolescentes que se dirigen a toda la población escolar, como los programas "aprende y sirve" de Estados Unidos, que se ha demostrado que son efectivos (Harden et al., 2009). Además, la evidencia muestra que las intervenciones en la ética escolar y los cambios en las reformas de las políticas educativas para promover la participación de los estudiantes en la escuela y las expectativas para el futuro pueden reducir el consumo de sustancias y el embarazo en la

adolescencia (Bonell et al., 2007). Por último, se ha demostrado que los programas de los primeros años para apoyar a los padres y fomentar el desarrollo social y educativo de los niños en edad preescolar tienen efectos a largo plazo en las tasas de embarazo en la adolescencia (Harden et al., 2009) y podrían implementarse de manera universal.

Resumen

La hipótesis de Rose propone que el enfoque de la prevención de enfermedades debe ser reducir la exposición de toda la población a factores de riesgo clave en lugar de concentrarse en individuos de alto riesgo. Esta propuesta sigue siendo válida para muchas de las principales preocupaciones de salud pública en la actualidad. La implicación central para la promoción de la salud es que la hipótesis de Rose respalda intervenciones masivas, incluyendo intervenciones sociales y estructurales complejas que abordan los determinantes upstream de los comportamientos de salud. Esto también plantea muchas preguntas para la promoción de la salud, incluyendo: ¿Cómo sabemos qué es efectivo a nivel de toda la población? Esto supone un desafío porque la evidencia sobre la distribución de riesgo depende de datos observacionales, que no proporcionan buena evidencia sobre la efectividad. Además, pocas personas responden a pequeños beneficios individuales en beneficio del bienestar de toda la población, y también existen dificultades políticas y éticas para implementar legislación coercitiva para cambiar el comportamiento en masa. A menos que tengan en cuenta las necesidades específicas de los grupos vulnerables, los enfoques de toda la población también pueden contribuir, en lugar de reducir, las desigualdades en salud.

Referencias

Adams, J. and White, M. (2005) When the population approach to prevention puts the health of individuals at risk, International Journal of Epidemiology, 34: 40–3.

Berrington, A., Diamond, I., Ingham, R., Stevenson, J., Borgoni, R., Cobos Hernández, M.I. et al. (2005) Consequences of Teenage Parenthood: Pathways which Minimise the Long Term Negative Impacts of Teenage Childbearing: Final Report. Southampton: University of Southampton.

Bonell, C. and Fletcher, A. (2008) Addressing the wider determinants of problematic drug use: advantages of whole-population over targeted interventions, International Journal of Drug Policy, 19(4): 267–9.

Bonell, C., Fletcher, A. and McCambridge, J. (2007) Improving school ethos may reduce substance misuse and teenage pregnancy, British Medical Journal, 334: 614–16.

Charlton, B.G. (1995) A critique of Geoffrey Rose's 'population strategy' for preventive medicine, Journal of the Royal Society of Medicine, 68: 607–10.

Davison, C., Davey Smith, G. and Franckel, S. (1991) Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education, Sociology of Health and Illness, 13: 1–19.

Department for Education and Skills (DfES) (2006) Teenage Pregnancy: Accelerating the Strategy to 2010. London: DfES.

Ermisch, J. (2003) Does a 'Teen-B irth' have Longer- term Impacts on the Mother? Suggestive Evidence from the British

Household Panel Survey. Colchester: Institute for Social and Economic Research.

Fletcher, A. (2013) Working towards ‘health in all policies’ at a national level, British Medical Journal, 346: f1096.

Fletcher, A., Gardner, F., McKee, M. and Bonell, C. (2012) The British government’s Troubled Families Programme: a fl awed response to riots and youth offending, British Medical Journal, 344: e3403.

Frohlich, K.L. and Potvin, L. (2008) The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations, Government, Politics and Law, 98(2): 216–21.

Harden, A., Brunton, G., Fletcher, A. and Oakley, A. (2009) Teenage pregnancy and social disadvantage: a systematic review integrating trials and qualitative studies, British Medical Journal, 339: b4254.

Kneale, D., Fletcher, A., Wiggins, R. and Bonell, C. (2013) Distribution and determinants of risk of teenage motherhood in three British cohorts: implications for targeting prevention interventions, Journal of Epidemiology and Community Health, 67(1): 48–55.

Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V. and Tugwell, P. (2013) What types of interventions generate inequalities?

Evidence from systematic reviews, Journal of Epidemiology and Community Health, 67(2): 190–3.

McIntyre, P. and Leask, J. (2008) Improving uptake of MMR vaccine, British Medical Journal, 336(7647): 729–30.

Popay, J., Bennett, S., Thomas, C., Williams, G., Gatrell, A. and Bostock, L. (2003) Beyond ‘beer, fags, egg and chips’? Exploring lay understandings of social inequalities in health, Sociology of Health and Illness, 25: 1–23.

Rose, G. (1981) Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease, British Medical Journal, 282: 1847–51.

Rose, G. (1985) Sick individuals and sick populations, International Journal of Epidemiology, 14: 32–8.

Social Exclusion Unit (1999) Teenage Pregnancy Strategy. London: HMSO.

Stokes, J., Kannel, W.B., Wolf, P.A., D’Agostino, R.B. and Cupples, L.A. (1989) Blood pressure as a risk factor for cardiovascular disease: the Framlingham Study – 30 years of follow-u p, Hypertension, 13: 113–218.

United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2007) Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-b eing in Rich Countries. Innocenti Report Card 7. Florence: UNICEF.

Viner, R., Ozer, E., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. et al. (2012) Adolescence and the social determinants of health, Lancet, 379: 1641–52.

Wiggins, M., Bonell, C., Sawtell, M., Austerberry, H., Burchett, H., Allen, E. et al. (2009) Health outcomes of youth development programme in England: prospective matched comparison study, British Medical Journal, 339: b2534.

Lecturas adicionales

Hunt, K. and Emslie, C. (2001) Commentary: The prevention paradox in lay epidemiology – Rose revisited, International Journal of Epidemiology, 30(3): 442–6.

Rose, G. (1992) The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press.

10. Comunicación en salud - Franklin Apfel

Resumen

En este capítulo, aprenderás cómo la comunicación en salud ha pasado de ser marginal en la salud pública a ser reconocida como una operación central y una competencia fundamental en este campo. Se identificarán los factores teóricos y contextuales a nivel múltiple que impulsan estos cambios. Se presentará una selección de prácticas, enfoques y oportunidades actuales en comunicación en salud, que incluyen la investigación formativa, el enmarcamiento, el marketing social, la promoción mediática, los empujones (nudging), la alfabetización en salud, las redes sociales y la salud móvil (m-health).

Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, podrás:

- Comprender algunos de los factores teóricos y contextuales que respaldan los enfoques actuales de comunicación en salud.

- Argumentar a favor de una mayor inversión en capacidad de comunicación en salud.

- Considerar formas de integrar estratégicamente diferentes enfoques de comunicación en planes e intervenciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y gestión de la salud.

- Elaborar un plan de promoción mediática.

Términos clave

Comunicación: Creación sistemática, informada, difusión y evaluación de mensajes para influir en el conocimiento, habilidades, actitudes, creencias y comportamientos.

Defensa de la salud: Una estrategia de comunicación específica que se dirige a los tomadores de decisiones en el ámbito de la salud y otros sectores, con el objetivo de obtener compromiso político, recursos y apoyo para priorizar y actuar en temas relacionados con la salud y el bienestar.

Comunicación en salud: Un enfoque multifacético y multidisciplinario para compartir información relacionada con la salud con diferentes audiencias.

Marketing social: Ha sido definido como "la aplicación sistemática de conceptos y técnicas de marketing para lograr objetivos conductuales específicos, mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud" (French y Blair Stevens, 2006: 2).

¿Qué entendemos por comunicación en salud?

La comunicación en salud ha sido definida como:

> "un enfoque multifacético y multidisciplinario para llegar a diferentes audiencias y compartir información relacionada con la salud con el objetivo de influir, involucrar y apoyar a individuos, comunidades, profesionales de la salud, grupos especiales, formuladores de políticas y el público para que defiendan, introduzcan, adopten o mantengan un comportamiento, práctica o política que en última instancia mejore los resultados de salud"
>
> (Schiavo, 2007: 7).

No es un acto comunicativo unidireccional, sino un proceso social iterativo que se desarrolla con el tiempo (Obregon y Waisbord, 2012). La comunicación en salud abarca una amplia variedad de enfoques, que incluyen el periodismo de salud, blogs, entretenimiento-educación, comunicación interpersonal, promoción mediática, comunicación organizacional, comunicación de riesgo y crisis, comunicación social, marketing y movilización. Puede adoptar muchas formas, como los medios de comunicación masivos, las comunicaciones interactivas (incluyendo teléfonos móviles e internet) y la comunicación tradicional y cultural específica, como la narración de historias, los espectáculos de títeres y las canciones.

La comunicación en salud en los márgenes

Aunque la comunicación en salud ha sido identificada por la OMS y otros como una operación esencial de salud pública, sigue siendo un tema descuidado en la educación de los profesionales de la salud, está mal dotada de recursos en las agencias y programas de salud pública en todos los niveles, y se ve más como una función de apoyo que como parte integral de todo el trabajo científico y técnico. Hay varias razones para esta posición marginal de la comunicación en salud. A menudo, la comunicación en salud ha sido temida en lugar de valorada. Para muchos profesionales de la salud, ministros y funcionarios de salud pública, "no hay noticias buenas noticias", ya que cualquier noticia suele ser crítica y cuestionadora. Los funcionarios y las agencias suelen ser reacios a lidiar con las comunicaciones externas, desconfían de los periodistas y tienden a relegar la comunicación a los especialistas designados en relaciones públicas/información de las agencias. Además, la comunicación en salud tiende a ser vista como una intervención más suave y menos prestigiosa que las actividades

de salud pública más tradicionales o los tratamientos clínicos. Los profesionales de la salud pública tienden a ver las vacunas, los micronutrientes, los antibióticos, las mosquiteras, los condones, los medicamentos contra el VIH/SIDA y la tuberculosis, y el agua limpia como sus herramientas. A menudo asumen que si se ponen a disposición servicios o información "basados en evidencia", la gente los utilizará. Por lo tanto, se ignora la necesidad de estrategias de comunicación. A veces esto es correcto. Sin embargo, con mayor frecuencia, las personas no acuden a utilizar los servicios o la información y las razones de esto no están claras. Es en esos momentos cuando se recurre a los profesionales de la comunicación en salud. Sin embargo, los comunicadores en salud no pueden presentar soluciones listas para usar. Cada proyecto requiere recopilación de información y personalización contextual. Las primeras reacciones tienden a ser más preguntas que respuestas. La evidencia y los datos de los comunicadores en salud a menudo son menos clínicos y cuantitativos que los de sus colegas médicos, y por esta razón se consideran "más suaves" y menos convincentes. Esto lleva a un menor prestigio tanto del comunicador de salud profesional como de la profesión (adaptado de Fox, 2012).

Actividad 10.1

Esta actividad te invita a reflexionar sobre algunos de los desafíos de evaluar intervenciones de comunicación en salud. Piensa en cómo evaluarías un programa de comunicación en salud. ¿Qué sería más fácil de medir? ¿Qué sería más difícil?

Retroalimentación

Es relativamente fácil medir indicadores de proceso, como el número de artículos publicados en periódicos, los "spots"

televisivos (anuncios de servicio público) transmitidos, los carteles en vallas publicitarias, los folletos impresos o las reuniones celebradas. También es relativamente fácil medir el alcance y determinar si los anuncios televisivos se transmiten o los artículos se imprimen en periódicos, blogs u otros canales que la audiencia objetivo ve, lee o escucha. Sin embargo, es mucho más difícil medir el impacto real en la salud de los programas de comunicación en salud. Muchos programas de desarrollo de salud tienen períodos de tiempo cortos (de 3 a 5 años), que no son suficientes para realizar pruebas rigurosas. A menudo existen factores de confusión. Los cambios en las prioridades a menudo dificultan la realización de estudios longitudinales sobre la eficacia. Pocos gobiernos o donantes están dispuestos a invertir los niveles necesarios para demostrar lo que funciona en la comunicación en salud de la misma manera en que se probaría una nueva vacuna o un modo de entrega de productos. Además, las metodologías de investigación en comunicación en salud son complicadas y complejas. Es difícil separar grupos de control y grupos de muestra y evitar la contaminación de un grupo con otro. Sumar consideraciones éticas lo vuelve aún más complicado. ¿Cómo puede un programa aconsejar a un grupo sobre una intervención que salva vidas y no a otro para probar una campaña de comunicación en salud? ¿Cómo se puede retener información? La respuesta corta es que no se puede (Fox, 2012).

A pesar de todas estas dificultades, las campañas de comunicación en salud, especialmente aquellas integradas en estrategias de control exhaustivas, han demostrado tener un impacto significativo en muchos desafíos clave de salud pública, incluyendo el tabaquismo, el consumo de alcohol, el uso del

cinturón de seguridad, la terapia de rehidratación oral (TRO), el apoyo a los programas de vacunación y la sensibilización sobre anticonceptivos (Wakefield et al., 2010; Fox, 2012).

Además, la comunicación en salud no funciona en un campo de juego equitativo. Los mercados de información en salud (los entornos reales y virtuales en los que las personas obtienen información sobre salud) tienen muchos actores, agencias y fuentes tanto de información como de desinformación. Grupos de intereses económicos y políticos, especialmente aquellos que venden productos peligrosos como tabaco, alcohol y alimentos de alta densidad, utilizan su riqueza y poder para desarrollar y utilizar técnicas sofisticadas de segmentación y direccionamiento de mercado para enviar mensajes de promoción de riesgos adaptados a los clientes potenciales y a quienes influyen y regulan los mercados en los que se venden sus productos. Estas entidades trabajan arduamente para silenciar las comunicaciones de salud pública al enmarcar los problemas de elección de estilo de vida en torno a los derechos y la responsabilidad individual, subestimando los factores contextuales, como el marketing de riesgos y las políticas de salud protectoras débiles, y en algunos casos tratando de influir directamente en las agendas de las agencias de salud pública (Tollison y Wagner, 1993). Esto se ilustra en el estudio de caso sobre la influencia de la industria tabacalera en la comunicación y la agenda de acción de la OMS.

Cuadro 10.1 Estudio de caso: La influencia de la industria tabacalera en la comunicación y la agenda de acción de la OMS

> Documentos de la British American Tobacco Company (Tollison y Wagner, 1993) indican que estudiaban detalladamente el presupuesto del programa de la OMS y contrataban a académicos para escribir artículos aparentemente en su

> capacidad privada que cuestionaban las prioridades de gasto de la OMS. El núcleo de su argumento era que los fondos de la OMS deberían concentrarse en combatir enfermedades en países del tercer mundo, dejando que los países ricos financien sus propios programas. Por lo tanto, los fondos de la OMS se destinarían a combatir la malaria y el cólera, pero no se destinarían a las campañas a favor del uso del cinturón de seguridad o en contra del tabaco y el alcohol. La preocupación por las pruebas documentales que señalaban un esfuerzo sistemático y global por parte de la industria tabacalera para socavar la política de control del tabaco, la comunicación, la investigación y el desarrollo dentro de la familia de las Naciones Unidas, y especialmente dentro de la OMS, llevó a la entonces Directora General de la OMS, Dra. Brundtland, a lanzar una investigación sobre la naturaleza y el alcance de la influencia indebida que la industria tabacalera ha ejercido sobre las organizaciones de las Naciones Unidas, como la OMS (Yach y Bettcher, 2000).

Divisiones teóricas en la comunicación en salud

Durante los últimos 50 años, la comunicación en salud se ha basado en una amplia variedad de paradigmas teóricos utilizados para justificar intelectualmente diversas intervenciones. Según Obregón y Waisbord (2012), la comunicación en salud se caracteriza por una división teórica entre teorías de efectos de información/medios y teorías participativas/críticas. La división se basa en diferentes concepciones de la comunicación y su papel en la promoción de una mejor salud en todo el mundo.

Las teorías tempranas de la comunicación en salud básicamente entendían la comunicación como la transmisión de información y el estudio de la persuasión. Esta visión de la comunicación estaba presente en el estudio de Everett Rogers

(1962) sobre la difusión de innovaciones. Rogers enfatizó la importancia de la conciencia y el conocimiento de las personas sobre las innovaciones al tomar decisiones sobre si adoptarlas o no. Los medios de comunicación se veían como agentes de cambio positivo, ya que podían exponer a las personas a conocimientos y actitudes "modernos". Se concebían los comportamientos colectivos como la agregación de prácticas individuales en lugar de fenómenos distintos explicados por dinámicas y causas específicas. Este pensamiento se alineaba más con los enfoques individualistas y biomédicos modernistas que con las preocupaciones poblacionales y sistémicas de la salud pública. Tomó algunos años para que la teoría de la comunicación en salud avanzara hacia una amalgama de constructos más orientados a la salud pública que combinaban enfoques informativos, participativos y de cambio estructural de manera complementaria (Obregón y Waisbord, 2012).

Desde entonces, los enfoques basados en teorías psicosociales han destacado la necesidad de adoptar múltiples niveles de análisis para abordar la influencia de los factores sociales y políticos en los comportamientos de salud. Los capítulos 5 y 6 de este libro brindan más detalles sobre estos enfoques. Ejemplos incluyen el modelo transteórico/etapas del cambio (Prochaska et al., 1994) y el modelo ecológico (Abroms y Maibach, 2008), que proponen formas de abordar una variedad de factores individuales, sociales y políticos que afectan los comportamientos de salud y ofrecen una perspectiva más integrada para analizar una gama de determinantes sociales y de comportamiento, incluyendo las redes sociales, el capital social, el poder, la participación y las cuestiones de empoderamiento (Obregón y Waisbord, 2012).

La comunicación en salud se mueve hacia el centro

Las últimas dos décadas han presenciado cambios rápidos en la ciencia de las telecomunicaciones a nivel nacional y transnacional, la capacidad y los patrones de uso de la tecnología. La apertura de fronteras, los nuevos acuerdos comerciales, la rápida globalización y urbanización han remodelado los mercados de comunicación en salud en todos los niveles. Este cambiante y complejo panorama de comunicación en salud ha creado oportunidades y desafíos sin precedentes. Estos incluyen una creciente demanda de información de salud accesible, autorizada y oportuna.

Con el aumento de la educación y otros desarrollos sociales en muchos países, la cuestión de la salud ha ganado relevancia en la agenda política. El acceso cada vez mayor a noticias globales ha aumentado la comprensión (y a veces los temores) sobre historias y problemas relacionados con la salud. Esto ha generado mayores expectativas y demandas, especialmente durante crisis de salud, de un acceso rápido a información de salud pública y consejos por parte de responsables políticos, agencias de salud pública nacionales y transnacionales, y servicios de salud, que sean profesionales, confiables, independientes y transparentes.

Además, se ha incrementado la influencia de las comunicaciones en la salud (y enfermedad). Los nuevos medios transnacionales, los enfoques de marketing social y los cambios en cómo y dónde las personas buscan información han aumentado las oportunidades para influir en las percepciones públicas, el comportamiento y las elecciones, y así en la salud y el bienestar de las poblaciones enteras. Las comunicaciones, como parte de iniciativas públicas de salud integrales, se han atribuido la reducción de algunas formas de comportamiento riesgoso, la promoción de medidas de prevención y la influencia

en elecciones saludables (ECOSOC de la ONU, 2010; Wakefield et al., 2010; Fox, 2012). Un enfoque concertado para informar y proteger a las poblaciones del humo de segunda mano ha demostrado ser exitoso al socavar las antiguas normas sociales que aceptaban este comportamiento riesgoso. Las prohibiciones de fumar en espacios cerrados y las campañas obligan a los fumadores a salir de los entornos sociales, haciéndolos sentir estigmatizados y excluidos de la vida cotidiana, literalmente relegados a la calle y a la periferia de su red social para que puedan continuar con sus hábitos. Estos pasos han hecho que fumar sea socialmente inaceptable y han demostrado que la desnormalización de los riesgos es posible.

Sin embargo, en la mayoría de los países, el agresivo marketing comercial global de tabaco, alcohol y alimentos poco saludables sigue llevando a las personas hacia elecciones y estilos de vida más arriesgados, lo que contribuye a la carga creciente de enfermedades no transmisibles.

Actividad 10.2

Esta actividad te invita a reflexionar sobre cómo se utiliza la comunicación en salud en la práctica para contrarrestar el marketing agresivo de productos riesgosos. Toma nota de enfoques de comunicación en salud que podrían utilizarse para contrarrestar el marketing global agresivo de productos y comportamientos riesgosos, especialmente aquellos dirigidos a niños y jóvenes.

Retroalimentación

Tu respuesta podría incluir una amplia variedad de enfoques innovadores para crear conciencia sobre los factores de riesgo y promover el cambio de comportamiento. Estos podrían ser

iniciativas en el lugar de trabajo, la escuela, el sistema de salud o entornos comunitarios. Podrían involucrar el uso de líneas directas, nuevos medios de comunicación, tecnología de telefonía móvil, campañas interpersonales y/o marketing social. Tu respuesta también debería reconocer que la comunicación también se puede utilizar para abogar por políticas y acciones protectoras. Las iniciativas de comunicación integradas con la educación y la acción legislativa funcionan mejor.

La evolución de los nuevos medios permite a los ciudadanos y profesionales acceder de inmediato a información relevante y utilizable, así como contribuir y participar. Por ejemplo, la llegada de un recurso global como Wikipedia ha demostrado un modelo completamente diferente de provisión de información basado en los principios de la "co-creación", donde aquellos que acceden a la información contribuyen activamente a su desarrollo. Este contexto interactivo bidireccional brinda nuevas oportunidades para que la comunicación en salud vaya más allá de la simple provisión de información y aproveche nuevas tecnologías para lograr objetivos que mejoren la salud.

Nuevos enfoques científicos y ecológicos del comportamiento también han influido en la comunicación en salud. En los últimos años, la comprensión de los factores que influyen en el comportamiento humano ha avanzado significativamente, como se discute en los Capítulos 5, 6 y 7 de este libro. Esto ha destacado el hecho de que los enfoques de comunicación basados en la elaboración de información y el envío de mensajes no son suficientes para lograr impactos positivos en las elecciones de las personas. Los nuevos conocimientos provenientes de las ciencias sociales y conductuales más amplias, incluido el marketing social, la psicología social, la economía conductual y la neurociencia, proporcionan cada vez

más soluciones prácticas y, a menudo, rentables para abordar la diversidad de desafíos conductuales en diferentes poblaciones.

Con el creciente reconocimiento del papel de la comunicación en salud, ha aumentado la comprensión de que las desigualdades en alfabetización en salud y acceso a la información se correlacionan estrechamente y refuerzan los diferenciales del gradiente social en los patrones de enfermedad y mortalidad en todos los países. La baja alfabetización en salud, que es más común en las clases socioeconómicas más bajas, se ha demostrado que conduce a elecciones menos saludables, comportamientos de mayor riesgo, peor salud, tasas más altas de hospitalización y mayores costos de atención médica. El Proyecto de Alfabetización en Salud de Europa (HLS-UE) mostró que casi la mitad de las personas (47%) que participaron en una encuesta realizada en ocho países europeos entre 2010 y 2012 tenían una alfabetización en salud insuficiente o problemática (HLS-UE Consortium, 2012).

Estas desigualdades en la alfabetización en salud han contribuido a una creciente conciencia de la necesidad de una mayor defensa, especialmente en el contexto de restricciones financieras y económicas. Las tendencias actuales y los cambios propuestos en muchos países amenazan con revertir los avances en salud pública y ampliar las desigualdades en salud dentro y entre países. Se necesita una mayor capacidad de comunicación para respaldar los esfuerzos en todos los niveles y garantizar que los valores y enfoques de salud pública influyan en los debates políticos en todos los niveles.

Enfoques actuales de la comunicación en salud

La investigación formativa implica poner a prueba suposiciones a través del diálogo y la conversación con los usuarios potenciales. Un paso crucial para crear y evaluar la efectividad potencial de los planes e iniciativas de comunicación es evaluar el conocimiento inicial, las actitudes, las preferencias y los comportamientos entre el público relevante y los profesionales. Este proceso comienza con la investigación formativa, una combinación de técnicas diseñadas para ayudar a desarrollar mensajes efectivos y elegir canales de entrega y materiales apropiados.

Existen diversas aproximaciones a la investigación formativa, incluyendo grupos de enfoque, revisiones bibliográficas, encuestas, discusiones con partes interesadas, paneles de colaboración, auditorías de medios, entrevistas en profundidad y/o "interceptaciones" (como captar a las personas en el pasillo), procesos de consenso (por ejemplo, estudios Delphi) y el uso de paneles de encuestados en línea. Se pueden convocar pequeños grupos de enfoque, por ejemplo, seleccionados de manera que sean representativos de grupos en la sociedad que experimentan el problema/enfermedad en cuestión, para obtener comentarios sobre la planificación del programa, generar ideas sobre la estrategia y/o recopilar reacciones a mensajes específicos. Basándose en los comentarios de estos grupos de enfoque, se pueden realizar modificaciones a los planes, estrategias y contenido.

Otras aplicaciones de la investigación formativa incluyen: análisis de audiencias objetivo por edad, género o ingresos, conocido como "segmentación"; análisis de los hábitos mediáticos de la población objetivo para que los mensajes se

puedan colocar en los canales mediáticos apropiados en el momento adecuado; y evaluación de conocimientos y actitudes preexistentes, conocida como datos de línea de base, para documentar los cambios a lo largo del tiempo de las intervenciones. La investigación formativa, cuando se realiza correctamente, puede reducir parte de la incertidumbre asociada con los mensajes, las campañas, las estrategias de defensa y las intervenciones, y puede mejorar la validez metodológica, confiabilidad e impacto potencial de los enfoques tanto para individuos como para formuladores de políticas y otros actores en el proceso de toma de decisiones (Wallack et al., 1993). A nivel de grupos de población, la investigación formativa ayuda a garantizar una comprensión de cómo diferentes grupos sociales perciben y enmarcan los problemas, así como su capacidad y recursos para actuar.

Enmarcar/redefinir

Enmarcar es "seleccionar algunos aspectos de una realidad percibida y hacerlos más salientes... de tal manera que promueva una definición del problema particular, una interpretación causal, una evaluación moral y/o una recomendación de tratamiento" (Entman, citado en Chapman, 2004: 362). Las estrategias de enmarque son fundamentales en la comunicación en salud. El lenguaje, tanto verbal como visual, en el que se presenta un problema y los términos en los que se expone pueden determinar la forma en que se percibe y se responde tanto por parte del público como de los formuladores de políticas. Este enmarque crea el contexto en el que se desarrollan todos los debates políticos. En cierto sentido, los debates sobre temas de políticas de salud pública a menudo representan una batalla para enmarcar el problema a los ojos

del público y los formuladores de políticas de una manera más propicia al éxito para uno u otro protagonista.

Tomemos, por ejemplo, el debate sobre el tabaco y la salud. Durante muchos años, la industria tabacalera había tenido mucho éxito en enmarcar la opinión pública sobre su producto, que mata a la mitad de sus usuarios prematuramente cuando se usa según las indicaciones, en torno a la autonomía personal, la elección y la libertad. Para lograr este enmarque, la industria contrató a expertos en comunicación habilidosos para "manipular" el debate público y político en torno al "derecho a fumar" (Chapman, 2007). Dentro de este enmarque, el tabaquismo dejó de ser un problema de salud y se convirtió en una cuestión de libertad personal. En este contexto, las preocupaciones de salud y protección social quedaron fuera de la agenda política. Cuando los defensores de la salud pública hablaban, la industria tabacalera los retrataba como fanáticos, fascistas de la salud, paternalistas y defensores de la intervención gubernamental (Chapman, 2007; Apfel, 2008/2010).

Clave para el éxito del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) fue la capacidad de los defensores de la salud pública para enmarcar el problema en torno a las preocupaciones de salud pública y desviar la atención de la intervención en salud pública hacia la industria, que había estado engañando deliberadamente al público en general durante décadas, como lo demuestran sus propios documentos (Glantz et al., 1996). Así, se utilizó el lema "El tabaco mata. No te dejes engañar" para identificar claramente el tabaco como un problema de salud y desviar la ira y la rebeldía juvenil lejos de los defensores de la intervención en salud pública y hacia una industria que durante décadas había engañado y manipulado

intencionalmente a las personas, especialmente a los jóvenes, con el fin de maximizar las ganancias.

Los comunicadores combinan ciencia, ética y política para enmarcar y redefinir, cuando es necesario, la comprensión y percepción dominante de los problemas. A menudo esto implica cambiar las percepciones sobre la causa de los resultados de salud precarios, pasando de centrarse solo en elecciones personales o de estilo de vida, que en esencia culpan a la víctima, a enfocarse en las políticas sociales que moldean los comportamientos comunitarios de manera más amplia. En los procesos de seguridad del paciente, por ejemplo, ha habido un cambio de enmarque que se ha alejado de simplemente "culpar" a los profesionales de la salud individualmente por los errores y enfocarse en los sistemas y la cultura del cuidado de la salud en general que pueden llevar a resultados subóptimos. Esto ha llevado a una mayor adopción de enfoques sistémicos y de mejora de calidad para abordar los problemas de seguridad del paciente.

Participación ciudadana

La comunicación en salud no solo se trata de transmitir mensajes de manera efectiva, sino también de fomentar la participación ciudadana y la toma de decisiones informada. Los ciudadanos tienen derecho a estar informados sobre los temas de salud que les afectan y a participar en la toma de decisiones que impactan su bienestar. La participación ciudadana fortalece la democracia y ayuda a garantizar que las políticas y programas de salud reflejen las necesidades y preocupaciones de las personas a las que están destinados.

La comunicación en salud participativa implica involucrar a las personas en todas las etapas del proceso de comunicación,

desde la identificación de problemas hasta la evaluación de las intervenciones. Esto puede incluir la participación en la planificación y ejecución de campañas de concienciación, la consulta sobre políticas de salud, la coproducción de materiales educativos y la colaboración en la investigación y evaluación de programas. Al involucrar a las personas afectadas por las decisiones de salud, se pueden generar soluciones más efectivas y sostenibles.

En la era digital, la participación ciudadana en la comunicación en salud se ha ampliado aún más. Las plataformas en línea y las redes sociales han brindado a las personas nuevas formas de conectarse, compartir información y expresar sus opiniones sobre cuestiones de salud. Los blogs, los foros de discusión y las comunidades en línea se han convertido en espacios donde las personas pueden encontrar apoyo, obtener información y compartir sus experiencias. Esto ha llevado a un cambio en el paradigma de la comunicación en salud, de un enfoque unidireccional centrado en la transmisión de información a un enfoque más interactivo y participativo.

En resumen, la comunicación en salud desempeña un papel crucial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Los enfoques innovadores y participativos en la comunicación en salud, como la investigación formativa, el enmarque/redefinición y la participación ciudadana, son fundamentales para generar conciencia, promover el cambio de comportamiento y asegurar que las políticas y programas de salud reflejen las necesidades y preocupaciones de las personas. Con la evolución de las tecnologías de la información y la comunicación, se abren nuevas oportunidades para la comunicación en salud y la participación ciudadana en el campo de la salud.

Actividad 10.3

En esta actividad, explorarás cómo funciona el enmarque en la práctica en temas de promoción de la salud. Los debates sobre la vacunación se enmarcan actualmente en torno a la seguridad. Este enmarque parece reforzar la influencia de los escépticos y las fuerzas antivacunación. ¿Cómo podrías proceder a reformular el debate sobre la vacunación?

Retroalimentación

Hay muchas respuestas posibles a esta pregunta. Basándote en la discusión de la investigación formativa, tu respuesta debe incluir la recopilación de información para comprender mejor las percepciones y comportamientos de las poblaciones no vacunadas o subvacunadas. Esta investigación formativa informará tu enmarque del problema. Tu respuesta también debe reconocer que diferentes grupos pueden necesitar mensajes, enmarques, mensajeros o canales de entrega diferentes.

Marketing social

El marketing social proporciona un marco para integrar los principios de marketing con teorías sociopsicológicas y desarrollar programas que sean capaces de lograr objetivos de cambio de comportamiento. Toma las variables de planificación del marketing (producto, precio, promoción y lugar) y las reinterpretan para cuestiones de salud. El Recuadro 10.2 proporciona más detalles al respecto. Un concepto clave es que busca reducir la distancia psicológica, social, económica y práctica entre el consumidor y el comportamiento deseado. En el núcleo del marketing social se encuentra el modelo de intercambio, según el cual los individuos, grupos y

organizaciones reciben beneficios percibidos a cambio de productos adquiridos (por ejemplo, condones, alimentos más saludables) o comportamientos adoptados (por ejemplo, no fumar, sexo seguro).

Recuadro 10.2: Las "cuatro P" del marketing social

> - Producto se refiere a algo que el consumidor debe aceptar: un artículo, un comportamiento o una idea. En algunos casos, el producto es un artículo como un condón, y en otros casos es un comportamiento como no beber y conducir.
> - Precio se refiere a los costos psicológicos, sociales, económicos o de conveniencia asociados con el cumplimiento del mensaje. Por ejemplo, el acto de no beber en grupo puede tener costos psicológicos de ansiedad y costos sociales de pérdida de estatus.
> - Promoción se refiere a cómo se presenta el comportamiento para compensar los costos, es decir, cuáles son los beneficios de adoptar ese comportamiento y cuál es la mejor manera de comunicar el mensaje de promoción. Esto podría incluir mejor salud, mayor estatus, mayor autoestima o libertad de inconvenientes.
> - Lugar se refiere a la disponibilidad del producto o comportamiento. Si la intervención promueve el uso de condones, es esencial que los condones estén ampliamente disponibles. Sin embargo, igualmente importante que la disponibilidad física es la disponibilidad social. Es más probable que se utilicen condones cuando su uso es respaldado y reforzado por grupos de pares y la comunidad en general.
>
> (Wallack et al., 1993: 22).

En general, los especialistas en marketing social creen que abordan las deficiencias clave de las campañas tradicionales de comunicación de salud pública en las que las audiencias objetivo tienen poco aporte en el desarrollo de mensajes. La

principal contribución de los enfoques de marketing social ha sido el fuerte enfoque en las necesidades del consumidor. La orientación al consumidor implica identificar y responder a las necesidades del público objetivo. Una herramienta principal para adaptar los esfuerzos de comunicación pública a audiencias específicas es la investigación formativa (consulta la discusión anterior sobre investigación formativa).

El Centro Nacional de Marketing Social en el Reino Unido ha identificado las siguientes seis características y conceptos clave de un enfoque de marketing social:

1. Orientación al cliente, consumidor o cliente: una fuerte orientación al cliente con importancia en comprender desde dónde parte el cliente, sus conocimientos, actitudes y creencias, junto con el contexto social en el que viven y trabajan.
2. Comportamiento y metas conductuales: enfoque claro en comprender el comportamiento existente y las principales influencias sobre él, junto con el desarrollo de metas conductuales claras, que se pueden dividir en pasos o etapas accionables y medibles, programados a lo largo del tiempo.
3. "Mezcla de intervención" y "mezcla de marketing": utilizar una variedad (o "mezcla") de diferentes intervenciones o métodos para lograr una meta conductual específica. Si el acceso a las sesiones de vacunación se identifica como un problema, una mezcla de intervenciones podría incluir cambios en los horarios de apertura, la ubicación de los servicios y recordatorios por mensajes de texto a los padres.
4. Segmentación de audiencia: enfoque claro en la audiencia utilizando la "segmentación de audiencia" para

dirigirse de manera efectiva. Las audiencias se pueden segmentar en subgrupos basados en creencias, actitudes y comportamientos compartidos. Las intervenciones se adaptan directamente a segmentos específicos (subconjuntos) de la audiencia en lugar de depender de enfoques generales o indiscriminados. Esta segmentación complementa la focalización tradicional utilizando datos demográficos, socioeconómicos y observacionales, y epidemiología.

5. "Intercambio": uso y aplicación del concepto de "intercambio": comprender qué se espera del "cliente", el "costo real para él" (ver Recuadro 10.1) y lo que podría percibirse como un beneficio valioso de una intervención.
6. "Competencia": uso y aplicación del concepto de "competencia": comprender los factores que afectan al cliente y compiten por su atención y tiempo.

Recuadro 10.3: Estudio de caso: UNICEF y el brote de influenza aviar en Turquía 2005/2006

Durante el brote de influenza aviar en Turquía en 2005/2006, UNICEF coordinó un grupo de trabajo intersectorial y multisectorial que utilizó técnicas de marketing social para entregar comunicaciones específicas dirigidas a poblaciones de alto riesgo "difíciles de alcanzar". Se realizaron grupos focales y entrevistas con madres que vivían en la zona rural del este de Turquía para comprender mejor sus percepciones y comportamientos de riesgo (por ejemplo, llevar pollos a la casa para mantenerlos calientes), identificar mensajes e incentivos que podrían reducir el riesgo y los canales de comunicación comunitarios/mediáticos (por ejemplo, transmisiones de radio y televisión en un idioma específico) que podrían entregar información confiable y comprensible adecuada al nivel de alfabetización de la población. La información recopilada

también informó las estrategias de defensa para las políticas de compensación avícola.

(Apfel, 2006).

Actividad 10.4

En esta actividad, practicarás el uso de un enfoque de marketing social. La lactancia materna tiene un papel importante en la salud pública, promoviendo la salud tanto a corto como a largo plazo tanto para el bebé como para la madre. El Reino Unido tiene una de las tasas más bajas de lactancia materna en todo el mundo, especialmente entre las familias de grupos desfavorecidos y particularmente entre las mujeres jóvenes blancas desfavorecidas (Dyson et al., 2005: 7). ¿Cómo diseñarías un enfoque de marketing social para abordar este desafío?

Retroalimentación

Hay muchas posibles enfoques para este problema. Un enfoque de marketing social enfatizaría en primer lugar tomar medidas para conocer a tus "clientes" o grupos objetivo, y su conocimiento, actitudes, comportamientos y creencias relacionadas con la lactancia materna, junto con el contexto social en el que viven y trabajan. Luego, los grupos objetivo podrían "segmentarse" de manera apropiada.

Se utilizaría una combinación de intervenciones basadas en evidencia que se ajusten al segmento de audiencia abordado. Por ejemplo, los programas efectivos para apoyar el cambio de comportamiento entre las madres de bajos ingresos incluirían una combinación de apoyo de pares, campañas en los medios locales y acciones comunitarias específicas. Para abordar los obstáculos "competitivos" relacionados con el cese temprano de

la lactancia materna, el énfasis no solo debería aplicarse a las intervenciones en el hospital para promover tasas más altas de inicio de la lactancia materna, sino también a intervenciones en la comunidad diseñadas para fomentar la continuación de la lactancia materna hasta las 6-8 semanas y más allá (Dyson et al., 2005).

Promoción en los medios de comunicación

La promoción en los medios de comunicación implica trabajar con los medios de comunicación para lograr cambios sociales. En su aplicación más sencilla, la promoción en los medios de comunicación plantea cinco preguntas clave (adaptadas de Wallack et al., 1999):

1. ¿Cuál es el problema?

2. ¿Qué se puede hacer al respecto?

3. ¿Quién tiene la autoridad para hacer esto?

4. ¿Quién puede influir en esta autoridad?

5. ¿Qué mensajes "mediados" harán que estas personas influyentes actúen?

La identificación de la autoridad a nivel de políticas es clave para este enfoque. Esta autoridad es el "objetivo final" del esfuerzo de promoción en los medios de comunicación. Estas personas con poder son a quienes los comunicadores/defensores desean influir. Ellos son los objetivos principales. Los defensores en los medios de comunicación diseñan campañas de medios alrededor de la entrega de mensajes a aquellas personas que pueden influir en estos objetivos principales. Estos influenciadores son los objetivos secundarios. Los defensores

desean que ellos actúen y comuniquen sus mensajes a las autoridades. Por ejemplo, los activistas preocupados por los accidentes de tráfico alrededor de las escuelas pueden haber identificado a la junta de gobernadores de la escuela como la que tiene el poder de exigir la implementación de medidas para reducir la velocidad del tráfico alrededor de la escuela. Sería útil centrarse en ayudar a los padres, profesores y estudiantes a encontrar su voz y entregar mensajes a quienes tienen el poder. Tal acción por parte de los padres y los niños podría atraer aún más a los medios locales y así influir en la acción de los políticos locales para introducir restricciones de tráfico.

En algunos casos, la información por sí sola será suficiente para provocar un cambio. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los cambios serán disputados. Los defensores en los medios de comunicación trabajan entonces con los posibles influyentes para identificar y fortalecer sus capacidades para entregar mensajes más efectivos que sus oponentes. La entrega de mensajes requiere comprender cómo funcionan los diferentes canales de medios y cómo acceder a ellos de la mejor manera posible.

Los canales de medios comunes incluyen periódicos, radio, televisión, vallas publicitarias, boletines, páginas web, blogs y listas de correo electrónico. Cada canal/medio de comunicación contiene varias posibilidades de cobertura. Por ejemplo, un tema de campaña puede ser cubierto como una noticia de primera plana o en secciones como deportes, estilo de vida, publicidad pagada, arte, cómics, finanzas, opinión editorial (conocido como op-ed), editorial, característica especial o carta al editor en un periódico. Ser consciente de todas las posibilidades es fundamental para aprovechar al máximo los recursos disponibles. Los defensores en los medios de

comunicación están sobre todo interesados en saber qué canales y medios utilizan con mayor frecuencia su grupo objetivo de influyentes y formuladores de políticas.

Hay tres estrategias básicas para acceder a los medios de comunicación: pagar por ello, ganarlo y pedirlo. Pedirlo generalmente se relaciona con espacios o tiempo de difusión de servicios públicos, a menudo requeridos por ley como parte de los requisitos de licencia de los medios. Este tiempo y espacio son gratuitos, pero los defensores tienen poco control sobre cuándo y dónde se emitirán o incluirán sus historias. Muchas veces se transmiten en momentos menos ventajosos, como en medio de la noche, o se colocan en secciones menos propensas a ser leídas. Sin embargo, esto proporciona cierta exposición ¡y es gratis!

Las colocaciones pagadas son la forma más segura de asegurarse de que un mensaje llegue a su público objetivo elegido. Es la única forma de tener un control completo sobre la ubicación y el contenido de un mensaje, la audiencia a la que llegará y el momento de su difusión. Canadians for Non-Smokers' Rights utilizó un anuncio impreso de página completa para dirigirse directamente a los legisladores en un momento crítico en el desarrollo de políticas públicas. Incluía una imagen del entonces primer ministro y su amigo cercano, que acababa de ser nombrado presidente del Consejo de Fabricantes de Tabaco de Canadá, debajo de un titular que preguntaba: "¿Cuántos miles de canadienses morirán por los productos de la industria tabacalera que podrían estar en manos de estos dos hombres?". ¡El anuncio devastó la influencia del lobby del tabaco al personalizar el problema y hacer que cualquier éxito que pudieran tener fuera perjudicial para la carrera política del

primer ministro. La legislación se aprobó sin problemas! (Wallack et al., 1993: 89).

La cobertura mediática obtenida, en contraposición a la pagada, es el alimento básico de la promoción en los medios de comunicación. Aquí, el objetivo es ser proactivo para contrarrestar la opinión ampliamente aceptada de los defensores de la salud de que cuando los medios solicitan un comentario, el periodista a menudo ya tiene un enfoque o "marco" que puede marginar las preocupaciones de salud a favor de los intereses económicos y políticos. Las estrategias proactivas requieren cultivar relaciones con miembros de los medios locales. Los periodistas necesitan información e ideas para historias que sean importantes para la comunidad local. Los defensores deben considerarse a sí mismos como recursos que pueden facilitarle el trabajo a los periodistas. Datos precisos útiles, ejemplos de actividades locales, un resumen de los problemas clave y nombres de posibles fuentes pueden servir a este propósito.

Otra forma de atraer la atención de los medios es crear noticias. Las oportunidades para crear noticias surgen todos los días. El lanzamiento de un nuevo informe o una manifestación comunitaria se puede convertir en historias de noticias interesantes. Alternativamente, es posible "subirse al carro" de las noticias actuales encontrando vínculos con temas de actualidad y insertando la perspectiva de la campaña. Otras coberturas incluyen cartas al editor, columnas de opinión (op-eds), apariciones en programas de entrevistas, etc. Las reuniones con los consejos editoriales pueden ser muy útiles. Los defensores astutos también estarán atentos a las figuras públicas que defienden causas importantes. Una campaña tiene más posibilidades de recibir publicidad si cuenta con el respaldo

de una celebridad local (como un músico, actor o deportista); si esa persona está comprometida, estará dispuesta a participar en eventos que atraigan publicidad e incluso puede ser el mejor defensor para animar a los periodistas a cubrir el tema.

Los defensores también pueden usar Internet y las redes sociales para promover su mensaje. Los sitios web, los blogs y las cuentas de redes sociales pueden ser herramientas poderosas para compartir información, aumentar la conciencia y movilizar a las personas. Estas plataformas permiten a los defensores compartir historias, datos y recursos, interactuar con el público y ampliar el alcance de su mensaje.

En resumen, un enfoque de promoción en los medios de comunicación implica identificar a las autoridades relevantes y a las personas influyentes que pueden abogar por un cambio en las políticas, y luego diseñar estrategias para comunicar mensajes efectivos a través de diversos canales de medios. Esto puede incluir la colocación pagada de anuncios, la obtención de cobertura mediática gratuita y el uso de Internet y las redes sociales. Es importante ser proactivo y estar alerta a las oportunidades para crear noticias y aprovechar el poder de los medios de comunicación para generar conciencia y generar acción.

Actividad 10.5

Diseña una estrategia de promoción en los medios de comunicación para un problema institucional o comunitario en el que sientas un fuerte interés.

Retroalimentación

Tu respuesta debe pasar por las cinco preguntas anteriores en orden. También debe identificar los mecanismos, canales y mensajeros para transmitir los mensajes que has articulado.

Nudging (Influencia indirecta)

El "nudging" es un enfoque para el cambio de comportamiento. El término "nudge" describe "cualquier aspecto de la arquitectura de elección que altera el comportamiento de las personas de manera predecible sin prohibir ninguna opción o cambiar significativamente sus incentivos económicos" (Thaler y Sunstein, 2008: 6).

Marteau et al. (2011) identifican una variedad de ejemplos de actividades de influencia indirecta:

- Para el tabaquismo, los nudges podrían incluir hacer que el no fumar sea más visible a través de campañas en los medios de comunicación con el mensaje de que la mayoría no fuma y que la mayoría de los fumadores desean dejar de fumar; y reducir las señales para fumar manteniendo los cigarrillos, encendedores y ceniceros fuera de la vista.

- Para el consumo de alcohol, los nudges podrían incluir servir bebidas en vasos más pequeños y hacer que el consumo moderado de alcohol sea más visible a través de campañas en los medios de comunicación con el mensaje de que la mayoría no bebe en exceso.

- Para la dieta, los nudges podrían incluir designar secciones de los carritos de supermercado para frutas y verduras, y hacer que la ensalada, en lugar de las papas fritas, sea la guarnición predeterminada.

- Para la actividad física, los nudges podrían incluir hacer que las escaleras, en lugar de los ascensores, sean más prominentes y atractivas en los edificios públicos, y hacer que el ciclismo sea más visible como medio de transporte, por ejemplo, a través de programas de alquiler de bicicletas en la ciudad.

Sin embargo, la influencia indirecta ha sido criticada por muchos, ya sea por ser demasiado paternalista o por ser incapaz de generar un cambio sostenido. Si bien se ha sugerido como un enfoque alternativo a la regulación, algunos críticos creen que "la influencia indirecta efectiva puede requerir legislación, ya sea para implementar influencias saludables (como mostrar frutas en las cajas registradoras) o para evitar influencias no saludables de la industria (como la publicidad de alimentos dirigida a niños)" (Marteau et al., 2011: 228).

Literacidad en salud

La literacidad en salud se refiere a la capacidad de las personas para obtener, entender y utilizar información, y es un determinante de su salud. De hecho, los estudios muestran que una baja literacidad en salud es un predictor más fuerte de la salud de una persona que la edad, el ingreso, el estado laboral, el nivel educativo o la raza (Weiss et al., 2007: 13). La literacidad en salud no solo se determina por las habilidades de lectura básicas y la motivación de un individuo. También está definida por la interacción o alineación de estas habilidades con las demandas, complejidades y confiabilidad de la información recibida en los sistemas en los que se busca información. Cuando estos sistemas requieren un conocimiento o nivel de idioma demasiado alto para el usuario, o cuando se comunica información errónea, la salud se ve afectada.

Las acciones y estructuras dentro de diferentes entornos, como los sistemas de salud y educación, los mercados de medios de comunicación, los hogares y las comunidades, los lugares de trabajo y los ámbitos de toma de decisiones políticas en todos los niveles, pueden facilitar o ser una barrera para el desarrollo y la expresión de las habilidades de literacidad en salud. Los entornos e instituciones pueden ser más o menos amigables para la literacidad en salud. Se están llevando a cabo una amplia variedad de iniciativas en estos diferentes entornos con el objetivo de mejorar diferencialmente las capacidades de literacidad en salud de las personas para utilizar (navegar) sistemas sociales y de salud cada vez más complejos.

Cuadro 10.4 Estudio de caso: Campeones locales

> El Proyecto Liverpool Healthy Cities en el Reino Unido ha iniciado un proyecto de "campeones locales" con el objetivo de mejorar las capacidades de líderes comunitarios informales para actuar como recursos de información o navegadores en áreas de alta privación. Estos campeones, que son miembros activos de la comunidad, brindan comunicación interpersonal sobre servicios sociales, vivienda, apoyo de ingresos y servicios de salud. Más información sobre el proyecto está disponible en: http://www.liverpoolpct.nhs.uk/Your_PCT/Decade_of_Health_and_Wellbeing/default.aspx [consultado el 19 de octubre de 2012].

Redes sociales/Web 2.0

Las nuevas redes sociales se han desarrollado en torno a la creciente demanda pública de comunicación abierta e interactiva, intercambio y aprendizaje, y colaboración. El término Web 2.0 está asociado con aplicaciones web que facilitan el intercambio activo de información. Un sitio de Web 2.0 permite a los usuarios interactuar y colaborar entre ellos en un diálogo de redes sociales como creadores de contenido

generado por el usuario. Ejemplos de Web 2.0 incluyen sitios de redes sociales, blogs, wikis y sitios de intercambio de videos.

Las redes sociales ofrecen nuevas oportunidades para la entrega eficiente y directa de mensajes y contenido personalizados y diálogos con audiencias previamente "difíciles de alcanzar" en un lenguaje y formato adaptado y comprensible para cada audiencia. Hasta ahora, dicho acceso solo estaba disponible para agencias altamente especializadas a un costo elevado. Las redes sociales también han demostrado la capacidad de proporcionar importantes oportunidades de chat interactivo y apoyo comunitario.

Cuadro 10.5 Estudio de caso: PatientsLikeMe

> Patientslikeme.com es una iniciativa con sede en Estados Unidos que utiliza un formato de red social para permitir a los pacientes compartir abiertamente sus datos en línea. Esto ayuda a empoderar a los pacientes, quienes pueden comparar sus experiencias y tomar decisiones mejor informadas sobre el manejo de su propia salud. Más información sobre la iniciativa está disponible en: http://www.patientslikeme.com/about [consultado el 19 de octubre de 2012].

Salud móvil (m-health)

Dispositivos móviles como teléfonos móviles, así como las comunicaciones inalámbricas y por satélite, están brindando a las comunidades remotas la oportunidad de estar conectadas y tener acceso a información. Tres de cada cuatro personas en el planeta ahora tienen acceso a teléfonos móviles y, según una estimación de la ONU, el 64 por ciento de todos los usuarios de teléfonos móviles viven en el mundo en desarrollo. El potencial para las comunicaciones de salud móvil es enorme. La salud móvil es un área de comunicación en rápida evolución y los

resultados iniciales respaldan su desarrollo como un canal interactivo poderoso para comunicaciones relacionadas con la salud. Estos avances ofrecen emocionantes oportunidades para expandir la disponibilidad de información de salud a poblaciones desatendidas y contrarrestar rápidamente la desinformación de manera efectiva.

Los usos actuales de la comunicación de salud móvil incluyen la ciencia ciudadana (una variedad de actividades en las que el público participa en investigación científica), educación y conciencia, seguimiento de enfermedades y brotes epidémicos (proporcionando información oportuna relacionada con la ubicación a los tomadores de decisiones), apoyo al diagnóstico y tratamiento de los pacientes, y capacitación y comunicaciones para proveedores de atención médica.

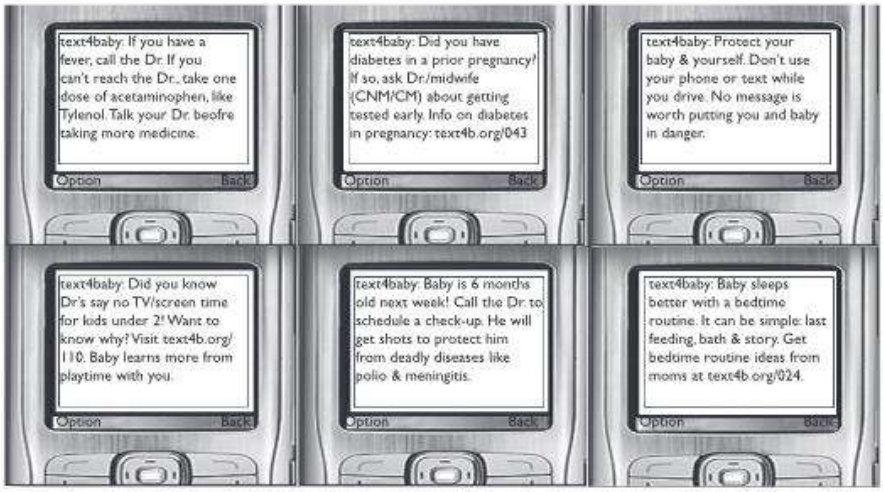


Figura 10.1 Ejemplos de mensajes de text4baby

Fuente: Reproducido con permiso de text4baby

Cuadro 10.6 Estudio de caso: text4baby

> La Federación de Rusia está adaptando actualmente la iniciativa text4baby de Estados Unidos, que se dirige a madres de alto riesgo. Después de enviar sus números de teléfono móvil por mensaje de texto, las madres reciben mensajes de texto gratuitos tres veces por semana que las apoyan, informan, aconsejan y las vinculan a información, grupos de apoyo en su área geográfica (a través de información de GPS), sitios web y servicios de salud y servicios sociales. La Figura 10.1 muestra ejemplos de mensajes. Más información sobre la iniciativa text4baby de Estados Unidos está disponible en: http://www.text4baby.org/ [consultado el 19 de octubre de 2012].

Resumen

Este capítulo argumenta la necesidad de fortalecer y "integrar" el desarrollo de la capacidad de comunicación como un recurso clave de salud pública. Se han descrito una variedad de enfoques que utilizan medios tradicionales y nuevos. Al igual que algunas compañías de bebidas gaseosas han declarado su intención de poner una lata de soda fría al alcance de cada ser humano en el planeta, una comunidad global de profesionales de la salud pública con habilidades de comunicación puede poner información de salud confiable y accionable al alcance de todos, mejorar la literacidad en salud de las personas, facilitar elecciones más saludables y ayudar a motivar a las personas a actuar en pro de la salud.

Referencias

Abroms, L.C. and Maibach, E.W. (2008) The effectiveness of mass communication to change public behavior, Annual Review of Public Health, 29: 219–34.

Apfel, F. (2006) Making Preparations Count: Lessons from Avian Flu Outbreak in Turkey. Copenhagen: WHO Regional Offi ce for Europe.

Apfel, F. (2008, updated 2010) Promoting Health: Advocacy Guide for Health Professionals. Geneva and Compton Bishop: International Council of Nurses and World Health Communication Associates. Available at: http://www.whcaonline.org/uploads/publications/ICN- NEW-2 8.3.2010.pdf [accessed 20 March 2013].

Chapman, S. (2004) Advocacy for public health: a primer, Journal of Epidemiology and Community Health, 58: 361–5.

Chapman, S. (2007) Public Health Advocacy and Tobacco Control: Making Smoking History. Oxford: Blackwell.

Dyson, L., Renfrew, M., McFadden, A., McCormick, F., Herbert, G. and Thomas, J. (2005) Promotion of Breastfeeding Initiation and Duration: Evidence into Practice Briefi ng. London: NICE.

Fox, E. (2012) Rethinking health communication in aid and development, in R. Obregon and S. Waisbord (eds.) The Handbook of Global Health Communication. New York: Wiley.

French, J. and Blair Stevens, C. (2006) Social Marketing Pocket Guide. London: National Social Marketing Centre for Excellence.

Glantz, S., Slade, J., Bero, L., Hanauer, P. and. Barnes, D. (eds.) (1996) The Cigarette Papers. Berkeley, CA:University of California Press.

HLS-E U Consortium (2012) Final Report Executive Summary (D17), The European Health Literacy Project. Maastricht:

Maastricht University. Available at: http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderteprojekte/FgoeProject_1412/52050.pdf [accessed 18 January 2013].

Marteau, T.M., Ogilvie, D., Roland, M., Suhrcke, M. and Kelly, M.P. (2011) Judging nudging: can nudging improve population health?, British Medical Journal, 342: d228.

NorthWest Public Health Observatory (NWPHO) (2006) Synthesis: Bringing Together Policy Evidence and

Intelligence. Liverpool: NWPHO. Available at: http://www.nwph.net/nwpho/publications/Synthesis_6_ Socialmarketing.pdf) [accessed 15 January 2013].

Obregon, R. and Waisbord, S. (eds.) (2012) The Handbook of Global Health Communication. New York: Wiley.

Prochaska, J.O., Norcross, J. and DiClemente, C.C. (1994) Changing for Good: The Revolutionary Program that Explains the Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits. New York: William Morrow.

Rogers, E.M. (1962) Diffusion of Innovations. New York: Free Press.

Schiavo, R. (2007) Health Communication: From Theory to Practice. San Francisco, CA: Jossey-B ass.

Thaler, R.H. and Sunstein, C. (2008) Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. New Haven, CT: Yale University Press.

Tollison, R. and Wagner, R. (1993) World Health and the World Health Organization. BATCo Document June 23, 1993:500899074 (cited in Yach and Bettcher, 2000).

United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) (2010) Health Literacy and the Millennium Development Goals. United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) Regional Meeting Background Paper (abstracted), Journal of Health Communication, 15(1): 211–23.

Wakefi eld, M., Loken, B. and Hornik, R. (2010) Use of mass media campaigns to change health behaviour, Lancet, 376(9748): 1261–71.

Wallack, L., Dorfman, L., Jernigan, D. and Themba, M. (1993) Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention. Newbury Park, CA: Sage.

Wallack, L., Woodruff, K., Dorfman, L. and Diaz, I. (1999) News for a Change: An Advocate's Guide to Working with the Media. Newbury Park, CA: Sage.

Weiss, B.D., American Medical Association and AMA Foundation (2007) Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand. Chicago, IL: AMA Foundation.

Yach, D. and Bettcher, D. (2000) Globalisation of tobacco industry infl uence and new global responses, Tobacco Control, 9: 206–16.

Lecturas adicionales

Social Marketing Institute: http://www.social-marketing.org/success/cs-fl oridatruth.html [accessed 10 August 2011].

World Health Organization Regional Offi ce for Europe (2012) European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Copenhagen: WHO.

Further information on the tobacco industry can be found at the Legacy Tobacco Documents Library (LTDL), which enables researchers to search, view, and download more than 13 million documents created by the tobacco industry concerning scientific research, manufacturing, marketing, advertising, and sales of cigarettes at: http://www.library.ucsf.edu/tobacco [accessed 25 March 2013].

Glosario

Agenda de políticas: La lista de temas o problemas a los que los funcionarios gubernamentales y quienes están cerca de ellos están prestando seria atención.

Aprendizaje y acción participativos: Un enfoque para aprender y participar con las comunidades utilizando métodos participativos y visuales para facilitar un proceso de aprendizaje y acción colectiva.

Atención primaria de salud: Servicios de salud y atención prestados a nivel local, a menudo a través de trabajadores de salud comunitarios, que ha sido particularmente importante en el sur global desde la década de 1970.

Autoeficacia: Creencia en la capacidad y capacidad propia para lograr un objetivo.

Beneficencia: Hacer el bien; amabilidad activa.

Capital social: Los beneficios sociales que se derivan de las redes sociales y la colaboración entre las personas, y sus valores compartidos y normas de comportamiento.

Competencia de salud comunitaria: El grado en que una comunidad es habilitadora y receptiva para la salud.

Comportamiento de salud: Acciones emprendidas por un individuo que tienen un efecto (positivo o negativo) en la salud.

Comunicación de salud: Un enfoque multifacético y multidisciplinario para compartir información relacionada con la salud con diferentes audiencias.

Comunicación: Creación, difusión y evaluación sistemática e informada de mensajes para influir en el conocimiento, habilidades, actitudes, creencias y comportamientos.

Concientización: El desarrollo de una conciencia crítica, una mejor comprensión de las desigualdades que existen en el mundo, especialmente en relación con uno mismo.

Construccionismo social: Un marco conceptual crítico que comprende que las cosas que generalmente se consideran exclusivamente naturales son producidas socialmente.

Defensa de la salud: Una estrategia de comunicación específica dirigida a tomadores de decisiones en salud y otros sectores, con el objetivo de obtener compromiso político, recursos y apoyo para priorizar y actuar en temas relacionados con la salud y el bienestar.

Desarrollo de capacidades comunitarias: Capacitar a las personas en las comunidades para participar en acciones basadas en los intereses comunitarios.

Desigualdades en salud: Diferencias en el estado de salud entre diferentes poblaciones y grupos sociales.

Determinantes de la salud: La gama de factores que se combinan para afectar la salud de las personas.

Determinantes sociales de la salud: Los factores sociales, económicos y ambientales que tienen un impacto en los comportamientos de salud y determinan el estado de salud de individuos o poblaciones.

Discurso: Conjuntos de lenguaje, conocimiento y práctica que constituyen las mismas cosas que parecen describir.

Efecto iatrogénico: Un efecto perjudicial no intencionado de una intervención o política.

Enfoque de toda la población: Una estrategia o intervención de promoción de la salud dirigida a toda la población en cuestión, en lugar de enfocarse en individuos o grupos de alto riesgo específicos. A veces también se conoce como enfoque "universal" o a nivel de población.

Enfoque dirigido: Una estrategia o intervención de promoción de la salud dirigida a individuos o grupos identificados como de mayor riesgo que el promedio de enfermedad, lesiones u otros resultados de salud adversos.

Epidemiología social: El campo de la epidemiología que examina la distribución social y espacial de los resultados de salud y los determinantes sociales de los resultados de salud.

Estatus socioeconómico: El lugar de un individuo en la jerarquía social según su nivel de ingresos, educación, ocupación y/o lugar de residencia.

Eugenesia: La ciencia de la herencia humana, basada en la teoría de la evolución. A principios del siglo XX, la eugenesia se preocupaba por la mejora racial y la prevención de la degeneración.

Evidencia: El conjunto de hechos o información disponibles que indican si una creencia o proposición es verdadera o válida.

Fenomenología: Un paradigma de investigación cualitativa, derivado de los escritos de filósofos como Husserl y Buber, que se centra en la experiencia vivida y subjetiva de los fenómenos. Busca describir y apreciar cómo las personas comprenden y otorgan significado a sus propias experiencias.

Hipótesis de Rose: Proposición de Geoffrey Rose de que, debido a que el riesgo se distribuye normalmente en un continuo, las estrategias de prevención que se centran en toda la población son más efectivas que aquellas enfocadas en grupos e individuos de alto riesgo.

Inequidades en salud: Un término que se puede utilizar para describir desigualdades en la salud consideradas evitables.

Inequidades sociales: Diferencias en las oportunidades para diferentes subgrupos de población.

La República de Platón: Una sociedad ideal gobernada por aquellos más calificados para hacerlo.

Liberalismo: Los derechos del individuo deben ser respetados para permitir que la sociedad en su conjunto se beneficie del pleno potencial de todos sus ciudadanos.

Marketing social: La aplicación sistemática de enfoques de marketing para lograr metas conductuales voluntarias específicas.

Medicina basada en la evidencia: El uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual al tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales.

Medicina social: Forma de salud pública desarrollada en los años de entreguerras. Se ocupa del efecto de las condiciones sociales en la salud y la mortalidad.

Neoliberalismo: Una variación moderna del liberalismo, utilizada típicamente en el contexto del papel del Estado, enfatizando soluciones basadas en el mercado en lugar de la intervención pública.

No maleficencia: Un principio basado en evitar la causación de daño.

Normas sociales: Patrón de comportamiento en un grupo, comunidad o cultura en particular, aceptado como normal y al que se espera que se ajuste un individuo.

Normativo: Comportamientos y prácticas que se consideran "normales" o "correctos" en un contexto social particular.

Nueva salud pública: Forma de salud pública que se desarrolló a partir de la década de 1970. Enfatizaba el riesgo, la prevención y el comportamiento individual como causa de enfermedad.

Paradoja de prevención: La situación paradójica en la que una medida preventiva que beneficia significativamente a toda la población ofrece poco a cada individuo.

Poder disciplinario: Una forma moderna y más oculta de poder que funciona a través de sistemas de conocimiento y práctica, que, al crear estándares de "normalidad" y "anormalidad", induce a las personas a examinarse y ajustarse constantemente a sí mismas y a los demás según dichas normas.

Política: Un curso o principio de acción adoptado o propuesto por una organización o individuo.

Promoción de la salud: El proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control y mejoren su salud (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986).

Respuesta comunitaria: La combinación de acciones y pasos tomados por los miembros de la comunidad en beneficio público, incluida la provisión de bienes y servicios.

Salud pública basada en la evidencia: El uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual al tomar decisiones sobre el cuidado de comunidades y poblaciones en el ámbito de la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el mantenimiento y la mejora de la salud.

Salutogénesis: Un enfoque que se centra en los factores que apoyan la salud humana y el bienestar, en lugar de en los factores que causan enfermedades.

Semiótica: El estudio de los signos y símbolos que tiene como objetivo deconstruir sus significados codificados. Incluye signos y símbolos en cualquier medio o modalidad sensorial (por ejemplo, palabras, imágenes, sonidos, gestos y objetos).

Teoría: Conocimiento sistemáticamente organizado diseñado para analizar, predecir o explicar fenómenos observables que se pueden utilizar como base para la acción.

Utilitarismo: Una teoría del bien (lo que produce el mayor beneficio o utilidad) y una teoría de lo correcto (la acción correcta es aquella que produce el mayor beneficio neto).